

MINISTRE DE L'ÉDUCATION



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES
ET TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie(F.M.O.S)



Année académique : 2014 - 2015

N°

**Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sages-femmes
des CSRef du district de Bamako en matière de dépistage de
l'hépatite B**

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement le/...../15

devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

par

NGONO ALIMA Marie Christine

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine,

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Jury

Président : **Professeur Samba DIOP**

Membres : **Docteur Alioune Badara COULIBALY**

Co-Directeur de thèse : **Docteur Yacouba CISSOKO**

Directeur de thèse : **Professeur Sounkalo DAO**

DEDICACES

A l'éternel Dieu tout puissant

Mon Dieu, mon roi, tu as guidé mes pas chaque jour, tu m'as tenu par la main et a toujours répondu présent à chacun de mes appels. Je te rends grâce père éternel pour tous tes bienfaits dans ma vie. Donnes-moi toujours de vivre dans ta crainte et selon tes commandements. Merci infiniment père éternel pour chacun de tes accomplissements dans ma vie présente et celle à venir.

A mon papa, M. ONANA MANGA André Joseph

Voici ici papa, le fruit de tes sacrifices. Tu es celui là, qui m'a appris que le travail est ... tu m'as soutenu chaque jour tout au long de ce travail. Grande est ma joie aujourd'hui de savoir que tu es fier de moi. Je te dédie ce travaille du fond du cœur. Puisse l'éternel Dieu te bénir et t'accorder longue vie.

A ma maman, Mme NGONO ONANA Antoinette Claire

Maman je t'aime. Je ne te le dit pas assez souvent. Ton amour, ta tendresse, tes prières maman malgré la distance m'ont donné le courage d'avancer à chaque fois que j'étais faible. Tu m'as tant donné et appris, puisse Dieu te permettre d'être toujours là pour tes enfants et tes petits enfants, mais aussi pour qu'a mon tour je puisse te procurer des soins et te couvrir de chaleur.

A ma feue tante, ABOUDI Marie

Tata, tu n'es malheureusement plus de ce monde pour voir accomplir ton rêve pour moi. Tu reste dans mon cœur. Que la terre de nos ancêtres te soit légère.

A mes grands frères, Onana Gerard, Onana Fabien , Nzie Valery

Vous avez toujours cru en moi. Durant tout mon séjour ici, je n'ai jamais manqué de rien et ce grâce à tout vos sacrifices. Ce

travaille est le votre mais aussi le couronnement de tout vos efforts et sacrifices.

A mes frères et sœurs

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté pendant l'élaboration de ce travail, ce travail est aussi le votre et que le Tout Puissant vous bénisse abondamment.

A mon bien aimé KEMBOU FEUKOU Fabrice

Te connaître a été l'une des plus belles choses qui me soit arrivée. Ta simplicité, ta générosité, ton calme sont la quelques une de tes qualités qui ont su, allumer cette flamme qui brule en moi. Tu as été d'un soutien inestimable tout au long de ce travail. Merci pour tout. Ce travail est également le tien.

A mon fils KEMBOU KEUKOU Enzo Stanley

Tu es le rayon de soleil qui illumine ma vie de tous les jours. J'espère que quand tu seras plus grand par ce travail tu trouveras une source d'inspiration. Que le seigneur Dieu tout puissant te bénisse et te protège tout les jours de ta vie, je t'aime fiston.

A ma famille

Merci pour tout le soutien et pour tous vos conseils. Recevez ici l'expression de toute l'affection que je vous porte.

REMERCIEMENTS

Au Peuple malien

Peuple affable et fier, tu m'as enrichi de tes valeurs d'humilité et d'hospitalité. Venu à ta rencontre en quête de savoir, j'y retourne scientifiquement, culturellement et humainement grandit. Tu as fait de moi la femme que je suis aujourd'hui, Merci.

A APSAD /Mali/Association Malienne pour la promotion de la Santé et le Développement

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A la fondation BANK OF AFRICA ET L'ONG AMAPROS (Association Malienne pour la promotion du Sahel)

Merci pour votre appui technique et financier dans la réalisation de l'enquête.

A la DNS: Direction Nationale de la Santé :merci pour l'autorisation accordée pour mener cette enquête.

A la Direction Régionale de la Santé du district de Bamako : merci de nous avoir facilité l'exécution de l'enquête sur le terrain

A tout le personnel du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

Merci pour l'accueil, l'encadrement et pour tout vos encouragements.

Au Dr Nouhoum Koné : ancien Directeur National adjoint a la Santé qui a été d'un appui inestimable. Merci

Aux membres de mon groupe d'étude: NJIKI Christèle, MFOMBANG Marc, Emmanuel GUETEBA, Valerie GUEMDJON, Ridoine.

Tous ces moments partagés ensemble ont aussi été pour moi une source d'inspiration. Sachez que cela reste gravé dans mon cœur, merci.

Table des matières

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury,

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale;**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique au DER de santé publique à la FMOS/FAPH du Mali;**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, l'INRSP et le CNESS.**

Cher maître, nous sommes honorés que vous ayez accepté spontanément de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration. Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail. Veiller trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge,

Dr Alioune Badara COULIBALY

- **Président de l'Association Malienne pour la promotion de la Santé et le Développement (APSAD/MALI),**
- **Conseiller du représentant africain de l'Alliance Mondiale contre l'hépatite**

Cher maître, c'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury. Nous avons admiré la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury. Votre disponibilité et patience font de vous un modèle à suivre.

Cher maître, veuillez agréer ici notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse,

Dr Yacouba CISSOKO

- **Spécialiste des maladies infectieuses,**
- **Master en immunologie et infection,**
- **Services des urgences Hôpital de Gao.**

Cher maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de co-diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre générosité, votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un exemple.

Recevez ici cher maître, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales,**
- **Chef de Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU Point G,**
- **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) de Médecine et des Spécialités Médicales à la FMOS,**
- **Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT),**
- **Directeur Adjoint du programme SEREFO,**
- **Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).**

Cher maître, c'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Vous avez su nous mettre à l'aise dès le premier abord. Votre disposition à nous écouter et à combler nos attentes nous ont marqué et nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes : humble, simple et aimable. Vous êtes un modèle comme clinicien. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire. Soyez assuré cher maître, de toute notre considération et de notre reconnaissance pour tout ce que vous avez fait.

1. INTRODUCTION	1
2. GENERALITES	4
2.1 Définitions	4
2.1.1 Hépatite B	4
2.1.2 Dépistage [9]	4
2.2 EPIDEMIOLOGIE	4
2.2.1 SITUATION DANS LE MONDE	4
2.2.2 Situation en Afrique [12]	6
2.2.3 Situation au Mali	6
2.3 Caractéristique du virus de l'hépatite B	6
2.3.1 Classification et structure	6
2.4 Mode de transmission et populations exposées [16,17,18]	8
2.5 Physiopathogénie[20]	10
2.6 Histoire naturelle de la maladie[11]	12
2.7.1 Type de description :	15
• Hépatite ictérique aiguë commune de l'adulte	15
2.7.1.2 La phase ictérique ou phase d'état :	15
2.7.3. L'évolution	16
2.7.4 Les formes cliniques [20, 21,22]	16
2.8. Dépistage dans le cadre de l'hépatite virale B [19]	20
2.8.1 Intérêt du dépistage [18]	20
2.8.2 Contexte [19]	21
2.8.3 Acteurs et niveau d'intervention [19]	21
2.8.4 Etapes du dépistage	21
2.8.5 Outils du dépistage du VHB [24, 19]	28
2.8.6 Les tests virologiques [25]	30
2.8.7 Les différents profils sérologiques des tableaux cliniques au cours d'une infection par le VHB [15]	32
Counseling post test [23]	33
2.9 Traitement	36
2.9.1 Traitement préventif [8,15,21]	36
2.9.2 Traitement curatif [17,20,23]	38
2.9.2.3 Les médicaments :	39
3. METHODOLOGIE	46
3.1. Type d'étude	46
3.2. Site de l'étude	46
3.3. Période d'étude	48
3.4. Population d'étude	48
3.4.1. Critères d'inclusion	49
3.4.2. Critères de non inclusion	49
3.4.3. Critères d'exclusion	49
3.5. Collecte des données	50
3.5.1. Outils de collecte	50
3.5.2. Déroulement de la collecte	50
3.5.3. Nature des données recueillies	51

3.6. Considérations éthiques	52
3.7. Saisie et analyse de données	52
4. RESULTATS	53
4.1 Le profil du personnel enquêté	53
<i>Spécialités</i>	54
<i>Effectifs</i>	54
<i>Pourcentages</i>	54
<i>Sages-femmes</i>	54
99	54
48,5	54
<i>Médecin généraliste</i>	54
52	54
25,4	54
<i>Interniste</i>	54
4	54
2,0	54
<i>Pédiatre</i>	54
4	54
2,0	54
<i>Gynécologue obstétricien</i>	54
18	54
8,8	54
<i>Chirurgien</i>	54
5	54
2,5	54
<i>Infirmière Obstétricienne</i>	54
18	54
8,8	54
<i>Autres*</i>	54
4	54
2,0	54
<i>Total</i>	54
204	54

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sage-femmes des CSref du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

100,0	54
Sexe	55
Effectif	55
Pourcentage	55
Féminin	55
144	55
70,6	55
Masculin	55
60	55
29,4	55
Total	55
204	55
100,0	55
Paramètre	55
N	55
Minimum	55
Maximum	55
Moyenne	55
Ecart type	55
Age en années	55
204	55
21	55
61	55
38,7	55
9,2	55
Nombre d'année d'exercice	55
204	55
1	55
36	55
11,1	55
9,3	55
Nombre de consultation par jour	55
204	55

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sage-femmes des CSref du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

1	55
60	55
11,8	55
9,8	55
4.2. Les connaissances du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B	55
Connaissance sur les cibles du dépistage	56
Effectif	56
Pourcentage (%)	56
A améliorer	56
62	56
30,4	56
Bonne	56
142	56
69,6	56
Total	56
204	56
100,0	56
Catégorie de personnel	57
Cibles du dépistage de l'hépatite B	57
Médicale	57
Paramédicale	57
Expérience professionnelle	58
Cibles du dépistage de l'hépatite B	58
< 15 ans	58
≥15 ans	58
Personne en zone d'endémie	58
128	58
85,9	58
53	58
96,4	58
0,02	58
Homosexualité	58
131	58

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sage-femmes des CSref du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

87,9	58
51	58
92,7	58
0,23	58
4.3. Les pratiques du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B	59
<i>Situations pour proposer le dépistage</i>	60
<i>Oui</i>	60
<i>Non</i>	60
<i>Examens complémentaires de dépistage de l'hépatite B</i>	61
<i>Oui</i>	61
<i>Non</i>	61
<i>Proposition de la vaccination de l'Hépatite B aux patients</i>	62
<i>Effectif</i>	62
<i>Pourcentage (%)</i>	62
<i>Non</i>	62
101	62
49,5	62
<i>Oui</i>	62
103	62
50,5	62
<i>Total</i>	62
204	62
100	62
<i>Situations où le vaccin était fait par le personnel aux patients</i>	63
<i>Oui</i>	63
<i>Non</i>	63
<i>corps professionnel</i>	67
<i>Connaissance</i>	67
<i>Total</i>	67
<i>Jugements portés sur le management de l'Hépatite B au Mali</i>	70
<i>Oui</i>	70
<i>Non</i>	70
<i>Propositions faites par le personnel pour améliorer le dépistage de l'hépatite B</i>	71

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sage-femmes des CSref du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

Oui	71
Non	71
5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION	72
5.1. Profil professionnels des médecins et sages-femmes exerçant dans les Centres de Santé de Référence de la ville de Bamako.	73
5.1.1. L'âge du personnel	73
5.1.2. L'ancienneté du personnel	73
5.1.3. L'aspect genre	73
5.1.4. Les catégories professionnelles	74
5.2. Niveau de connaissance sur l'hépatite virale B	74
5.3. Pratiques des médecins et sages-femmes en matière de dépistage de l'hépatite virale B.	76
5.5 Facteurs influençant les connaissances, attitudes et pratiques	78
6 CONCLUSION	79
7 RECOMMANDATIONS	80
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	81

Liste des sigles, acronymes et abréviations

Ac: Anticorps

Ac HBc: Anticorps du core du virus de l'hépatite B

ADN: Acide désoxyribonucléique

AES : accident d'exposition au sang

Ag HBc: Antigène du core du virus de l'Hépatite B

Ag HBe: antigène évolutif du virus de l'hépatite B

Ag HBs: Antigène de surface du virus de l'hépatite B

ALAT: Alamine amino transferase

ASAT: Aspartate amino transferase

BAC: Baccalauréat

CD4: Classe de différenciation 4

CESAC: Centre de soins, d'animation et de conseil pour les personnes
vivants avec le VHI-SIDA

CESCOM: Centre de santé communautaire

CSref: Centre de santé de référence

CHC: Carcinome hépatocellulaire

DRS: Direction régionale de la santé

GT: Glutamyl transferase

HAS: Haute autorité de santé

IEC: Information éducation communication

INF: Interferon standard

IgG: Immunoglobuline G

IgM: Immunoglobuline M

IST: Infection sexuellement transmissible

IV: Intra veineuse

MU: Million d'unité

OMS: Organisation mondiale de la santé

SIDA: Syndrome de l'immunodéficience acquise

PEV: Programme élargi de vaccination

PNLH: Programme National de Lutte contre les Hépatite virales

PNP: Politiques Normes et Procédures

PPAC: Plan pluriannuel complet

PRODESS: Programme de développement sanitaire social

PTME: Prévention de la transmission mère enfant

3TC: Lamivudine

TROD: Test rapide d'orientation diagnostique

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

VHB: Virus de l'hépatite B

VHC: Virus de l'hépatite C

1. INTRODUCTION

L'hépatite B est une affection virale due au virus de l'hépatite B (VHB). Il s'agit d'un virus à acide désoxyribonucléique (ADN) appartenant au groupe des hepadnavirus qui a un tropisme principalement hépatocytaire [1,2]. Lors de sa phase aiguë, elle passe le plus souvent inaperçue; elle peut évoluer spontanément vers la guérison mais également être à l'origine d'une morbidité grave et chronique. L'infection au VHB constitue un problème majeur de santé publique en raison de la gravité potentielle de ses complications (risque d'évolution vers la cirrhose et, ou le carcinome hépatocellulaire [CHC]), du nombre de personnes infectées et le coût engendré par la prise en charge. Selon l'OMS, deux milliards de personnes environ dans le monde sont contaminées par le VHB, dont plus de 350 millions ont une atteinte hépatique chronique, et chaque année entre 500 000 et 700 000 personnes meurent de l'hépatite B [3]. La prévalence de l'hépatite B est plus élevée en Afrique et en Asie où l'infection a lieu principalement dans l'enfance ou la période périnatale [4]. Au Mali, la prévalence de l'AgHBs variait entre 8 et 12% chez l'adulte jeune en 1992. Malgré l'introduction de la vaccination en 2003, et une couverture vaccinale de 80 % selon le plan pluriannuel complet PPAC 2007-2011 du PEV Mali, on note une augmentation alarmante de la prévalence entre 15 et 23 % [5-13]. En Afrique, la contamination mère-enfant pendant les périodes néo et périnatale du virus est un mode majeur de transmission associé à un mode horizontal par contact élevé de l'enfant. En effet, un enfant sur quatre né de mère AgHBs positive, risque d'être infecté par le VHB dans les douze premiers mois de la vie[6].

L'antigène HBs a été retrouvé chez 55 à 71 % des patients cirrhotiques et chez 55 à 66,2 % des patients atteints de carcinome hépatocellulaire. Cela justifie l'intérêt d'évaluer et de renforcer les moyens de prévention pour éliminer la transmission.

Le dépistage de l'hépatite B est possible grâce à la recherche de marqueurs sérologiques dont la prescription varie en fonction du contexte. Le renforcement du dépistage de l'hépatite B doit constituer un des principaux axes stratégiques de lutte contre cette maladie. A l'exclusion des donneurs de sang et les personnes vivants avec le VIH, le dépistage des populations à risque n'est pas effectué. Cependant le dépistage des populations à risque suivi d'une prise en charge médicale adaptée est indispensable pour réduire la morbi-mortalité de l'hépatite B. Ce qui devrait inciter les médecins à proposer systématiquement un dépistage en cas de détection d'un facteur de risque [7, 41]. D'autre part le dépistage chez la femme enceinte n'est pas systématique alors que la prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B est une stratégie clé de la lutte contre cette maladie d'autant plus que la précocité de l'infection est un risque majeur d'évolution vers la chronicité .

Nous posons donc l'hypothèse que les connaissances, attitudes et pratiques en matière de dépistage de l'hépatite B des praticiens dans les structures de santé seraient insuffisantes?

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de mener cette étude afin d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de dépistage de l'hépatite B dans les centres de santé de référence du district de Bamako. Pour atteindre ce but, les objectifs suivants ont été fixés.

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de dépistage de l'hépatite B dans les centres de santé de référence du district de Bamako.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire le niveau de connaissance des médecins et sages-femmes exerçant dans les centres de santé de référence du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B;
- Décrire la pratique des médecins et sage-femmes exerçant dans les Centres de santé de référence du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B;
- Décrire les attitudes des médecins et sage-femmes exerçant dans les Centres de santé de référence du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B;
- Déterminer les facteurs influençant ces connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sages-femmes exerçant dans les centres de santé de référence du district de Bamako.

2. GENERALITES

2.1 Définitions

2.1.1 Hépatite B

l'hépatite B se définit comme une inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire parfois à une cholestase due à un virus hépatotrophe alphabétique B [8].

2.1.2 Dépistage [9]

Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque là inaperçue.

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le tri entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptées. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour confirmation du diagnostic et si besoin est pour la mise en place du traitement.

2.2 EPIDEMIOLOGIE

2.2.1 SITUATION DANS LE MONDE

On estime à plus de 350 millions le nombre de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B dans le monde. On distingue schématiquement trois zones d'endémicité :

- Des zones de forte endémicité où le portage d'antigène HBs est supérieur à 8 % de la population générale telles que l'Afrique intertropicale, la Chine et l'Asie du Sud-Est ;

- Des zones d'endémicité intermédiaire où le portage d'antigène HBs est compris entre 2 à 8 % de la population générale telles que les pays du bassin de la méditerranée ;

- Des zones de faible endémicité où le portage d'antigène HBs est inférieur à 2 % de la population générale telles que l'Amérique du Nord.

Dans la région hyper-endémique comme l'Asie ou l'Afrique noire, la transmission du virus a lieu à la naissance ou pendant l'enfance. Lorsque la mère est atteinte d'une infection chronique avec multiplication virale, le risque de transmission au nouveau-né est important (90%) [11]. Lorsque le nouveau-né est infecté, il devient le plus souvent porteur chronique (90%). Dans les régions de faible endémicité comme l'Europe ou l'Amérique du Nord, l'infection par le virus de l'hépatite B touche moins de 1% de la population [10].

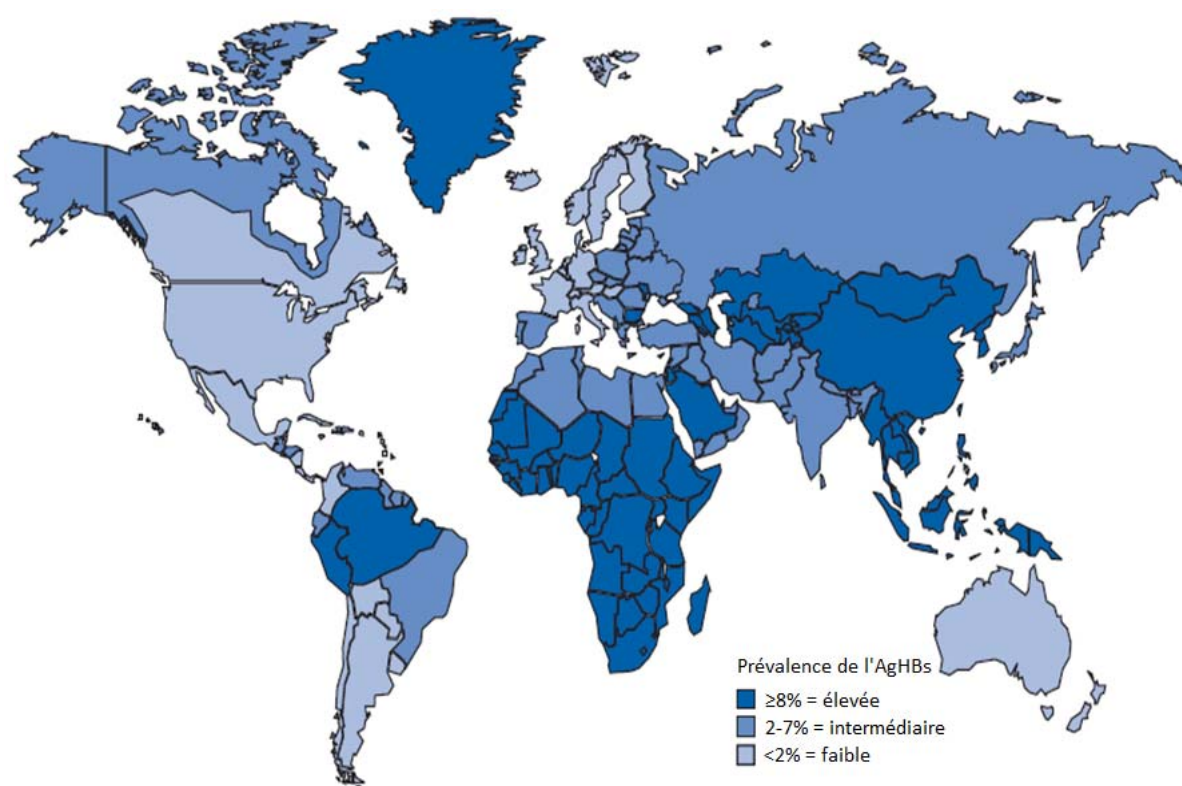


Figure1 Distribution géographique de la prévalence du Virus de l'Hépatite B [11]

2.2.2 Situation en Afrique [12]

En Afrique on distingue deux zones de prévalence différentes, d'une part l'Afrique Subsaharienne qui fait partie des zones de haute endémicité où la prévalence de l'infection est de 8 à 23 % pour l'AgHbs et de 70 à 95 % pour l'Ac anti Hbc; d'autre part l'Afrique du Nord(maghreb) qui fait partie des zones de moyenne endémicité où la prévalence de l'infection est de 2 à 7 % pour l'agHbs et 16 à 55 % pour l'Ac anti Hbc.

L'hépatite B est fortement endémique en Afrique de l'Ouest avec une prévalence de 8%, la plus élevée au monde. Le mode principal de transmission en Afrique est la transmission périnatale.

2.2.3 Situation au Mali

La prévalence de l'hépatite B au Mali serait estimée entre 15 à 23 % de façon générale. Les enquêtes faites chez les donneurs de sang au Centre National de Transfusion Sanguine du Mali indiquent, que les porteurs chroniques de l'AgHbs représentent environ 5 à 20 % de la population générale [13]. Dans une étude réalisée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) sur une période de dix ans, la fréquence du portage de l'AgHbs a été estimée à 24,9 % dans une population de 4466 patients avec une forte prévalence pour la tranche d'âge 25-35 ans soit 29,7 % [14].

2.3 Caractéristique du virus de l'hépatite B

2.3.1 Classification et structure

Le virus de l'hépatite B est un virus à ADN, de la famille des hépadnavirus. La forme complète circulante infectieuse du virus de l'hépatite B s'appelle particule de DANE. C'est une particule sphérique de 42 à 47 nanomètres de diamètre.

Elle comporte les éléments suivants:

- Une enveloppe lipoprotéique qui comporte l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs). Celui-ci est composé des protéines pré S1 et pré S2
- Une nucléocapside centrale (core) qui porte les antigènes HBc et HBe. Cette nucléocapside protège le génome d'ADN double brin et d'ADN polymérase, enzyme qui permet la réplication virale.

En plus de la particule de DANE, il y a dans le sérum d'autres types de particules qui sont des formes incomplètes de l'enveloppe. Ce sont des particules qui portent seulement sur l'AgHBs. Ce sont :

- De petites particules sphériques qui ont environ 16 à 25 nanomètres.
- De formes filamenteuses ou tubules qui ont environ 22 nanomètres de diamètre.

Le génome comporte quatre (4) régions codant pour les protéines qui constituent le virus de l'hépatite B.

- La région S précédée de régions pré S1 et pré S2: codant pour l'enveloppe (AgHBs).
- La région C codant pour la capsid antigène HBc et Antigène HBe.
- La région P codant pour l'ADN polymérase qui assure la réplication virale.
- La région X qui a probablement une action dans la transaction de la réplication du virus de l'hépatite B.
- L'enveloppe extérieure du virus contient des protéines qui protègent la structure virale, et lui permettent de pénétrer dans les cellules cibles. Ces particules ne sont pas infectieuses et sont composées de lipides et de protéines qui font partie de la surface du virion qu'on appelle l'antigène de surface (AgHBs) et qui est produit en excès pendant la durée de vie du virus. La longueur du génome varie selon le sous type du virus de l'hépatite B. Il existe quatre (4) sous types dont la

prévalence varie en fonction des régions. Un déterminant antigénique est commun aux différents sous types. Deux paires de déterminants exclusifs sont associées au déterminant « a » définissant les sous types suivants : adw, adr, ayw, ayr. Les déterminants sont liés à des mutations nucléotidiques d'une région immunologiquement compétente de l'AgHBs [15]

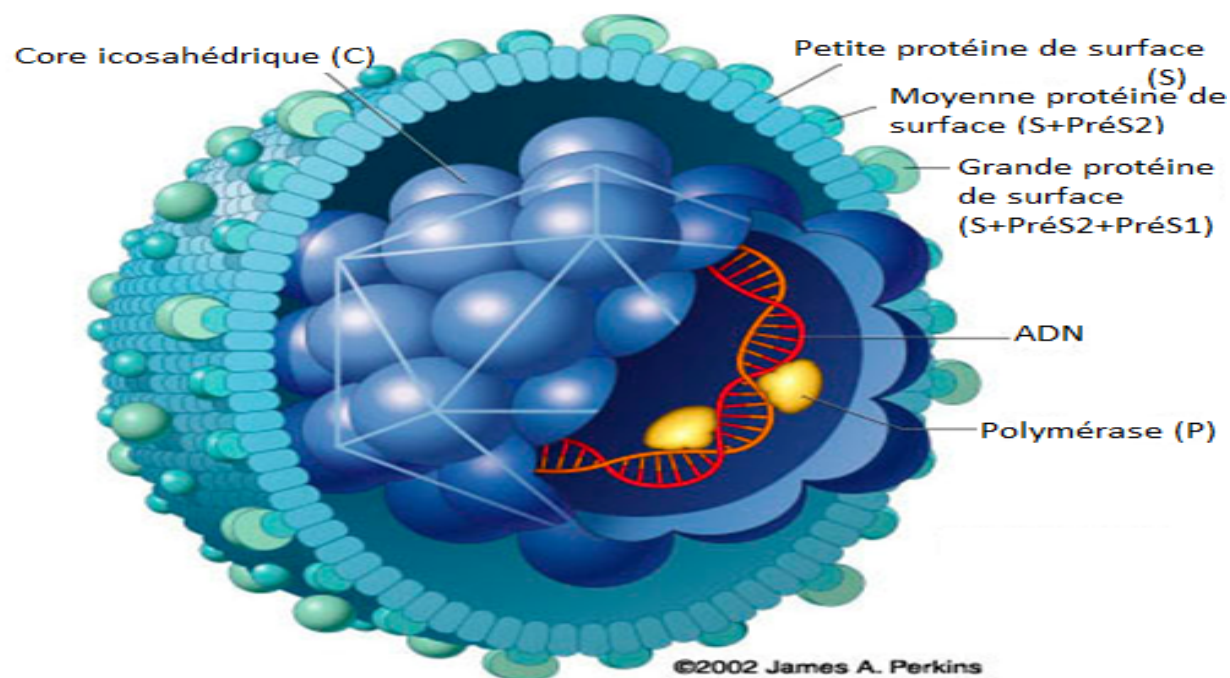


Figure 2 : structure du Virus de l'Hépatite B

2.4 Mode de transmission et populations exposées [16,17,18]

- **Mode de transmission :**

La transmission du VHB est liée à la présence dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées (sang, sperme, sécrétion vaginales et à des concentrations plus faibles dans la salive). Il existe quatre modes principaux de transmission de VHB :

- **Les relations sexuelles non protégées**

L'infection par le VHB fait partie des infections sexuellement transmissibles(IST). La transmission sexuelle du virus de l'hépatite B est démontrée. Le virus de l'hépatite B se transmet facilement par des rapports sexuels non protégés avec une personne porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B. Le risque de contamination par voie sexuelle peut varier de 30 à 80 %. Le risque augmente avec le nombre de partenaires sexuels, les années d'activité sexuelle, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) et le type de rapports notamment les rapports anaux réceptifs.

- **Contact direct ou indirect avec du sang infecté**

Risques professionnels et nosocomiaux (piques, contacts des muqueuses avec du matériel souillés insuffisamment décontaminé; usages de drogues par voie intraveineuse ou par voie nasale; actes avec effraction cutané (piercing, tatouage) en l'absence de règles strictes d'hygiène.

- **La transmission mère-enfant**

La transmission materno-fœtale existe (entre 25 et 90 % en fonction de la virémie chez la mère et en l'absence de séroconversion à la naissance) [16]. Elle se fait essentiellement au moment de l'accouchement si la mère est porteuse chronique. Les taux de prévalence de l'hépatite B chronique dans la population sont plus élevés en Afrique et en Asie où l'infection a lieu principalement dans l'enfance ou la période périnatale [4].

- **Les contacts étroits avec l'entourage**

Les personnes vivant en contact avec un sujet infecté (essentiellement intrafamiliaux) sont susceptibles d'être contaminées le plus souvent par excoriations cutanées ou par l'intermédiaire d'objets de toilette piquants ou coupants (rasoie, coupe-ongles, brosse à dents).

- **Populations exposées**[19]

Les personnes considérées comme au risque de contact avec le VHB sont les suivants :

- Les personnes nées ou ayant résidées dans les régions de forte endémicité (Afrique Subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (Europe de l'Est et du Sud, moyen Orient, sous continent indien, Amerique du Sud, Afrique du Nord)
- L'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB.
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra nasale.
- Les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives.
- Les voyageurs et les personnes susceptibles de résider dans les régions de forte ou moyenne endémicité.
- Adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques.
- Les personnes séropositives pour le VIH, VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible en cours ou récente.
- Les personnes ayant un piercing ou un tatouage.
- Les personnes séjournant ou ayant séjournées en milieu carcéral .
- Les personnes ayant des rapports sexuels avec partenaires multiples.
- Les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle

2.5 Physiopathogénie

L'effet cytopathogène du VHB est faible.

Les lésions sont secondaires à des réactions immunologiques à médiation surtout cellulaire. Le degré de cette réponse immunitaire est très déterminant dans l'évolution de la maladie.

Cette physiopathologie explique la possibilité des lésions hépatiques de gravité très variable suivant les individus. Il faut distinguer des facteurs viraux et des mécanismes immunologiques.

- Facteurs viraux : il existe deux phases dans l'infection par le VHB :
 - ✓ la réplication virale complète marquée par la présence de l'ADN virale B et de l'AgHBe,
 - ✓ la phase d'intégration de l'ADN du VHB à l'ADN cellulaire marquée par une normalisation des transaminases, l'apparition de l'Anticorps anti Hbe et une baisse du titre d'AgHBs.
- Mécanismes immunologiques : l'hépatite aiguë bénigne reflète une réponse immunitaire adaptée qui entraîne la nécrose des hépatocytes infectés et l'élimination du virus. Il y a un rejet immunologique des hépatocytes infectés. Les cellules impliquées sont LT (Lymphocyte T), NK (Naturel killer). La cytotoxicité T va de paire avec l'expression d'Ag de classe I du complexe majeur de l'histocompatibilité par les hépatites. Une cytotoxicité humorale dépendant du complément semble également possible. L'hépatite aiguë fulminante est témoin d'une réponse immunitaire trop forte et inadaptée qui induit une nécrose hépatocytaire massive. L'AgHBs est faible car rapidement éliminé, l'apparition de l'Ac anti HBs est précoce. La réponse immunitaire peut être faible et adaptée se traduisant par une infection asymptomatique évoluant vers la guérison. Le portage asymptomatique correspondant à un phénomène de tolérance immune sans nécrose hépatocytaire, le

portage chronique du virus avec hépatite chronique où la réponse immunitaire existe mais insuffisante pour éliminer le virus

2.6 Histoire naturelle de la maladie[11]

L'histoire naturelle de l'hépatite B est bien plus complexe car elle est très polymorphe. On distingue les hépatites aiguës et les formes chroniques.

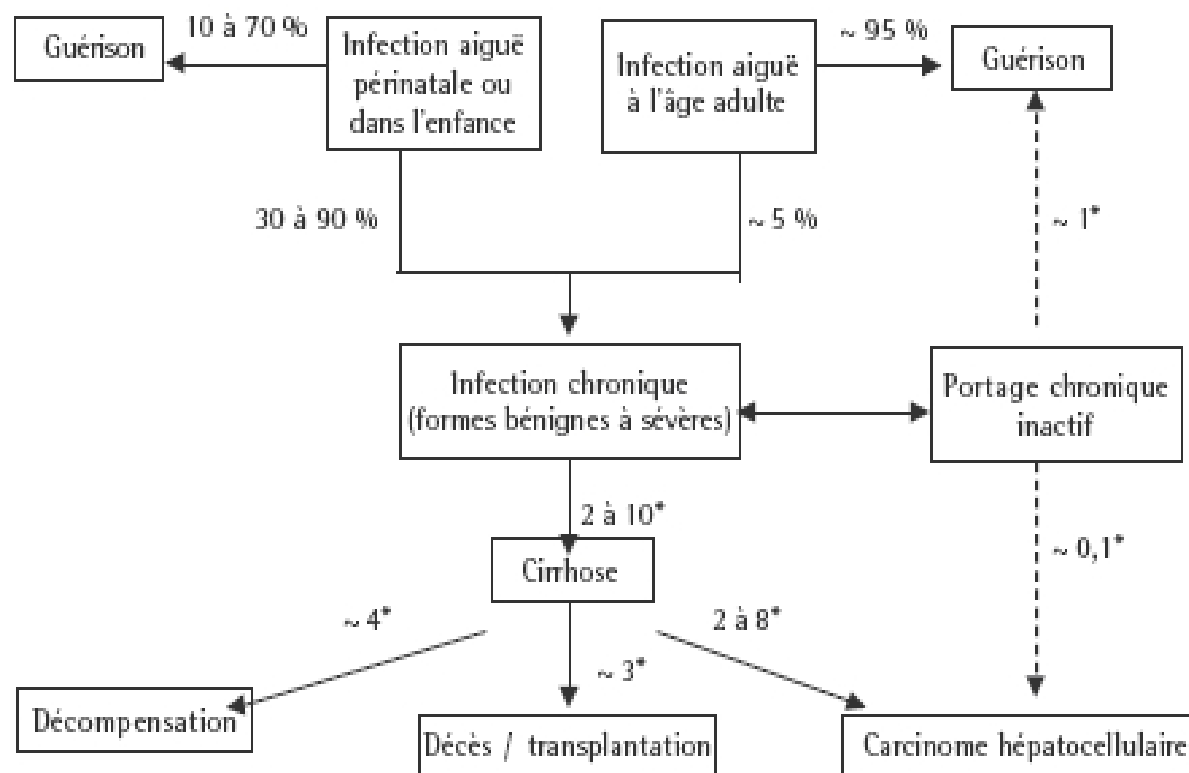
- Hépatite virale B aiguë : dans la forme habituelle, la durée d'incubation varie de 1 à 3 mois. Elle est en général asymptomatique dans la petite enfance et symptomatique chez 30 à 50 % des adultes. Cela signifie aussi qu'elle reste en général méconnue et qu'elle est souvent découverte au cours d'un examen systématique. Quand elle est symptomatique on distingue une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours (nausées, asthénie, anorexie, parfois fièvre, arthralgies, urticaire), puis apparaît un ictère qui peut durer 2 à 3 semaines. La biologie est très importante pour en suivre l'évolution ; en effet la persistance de l'AgHBs au bout de deux mois fait craindre un passage à la chronicité. Il existe d'autres formes aiguës telles que les formes cholestatiques prolongées, les formes à rechutes, les hépatites fulminantes très graves. Les hépatites fulminantes représentent 1 % des hépatites virales B et l'évolution est rapide et mortelle dans 80 % des cas.
- Formes chroniques
Le passage à la chronicité est défini par la persistance de l'antigène HBs, de l'antigène HBe, et des titres élevés d'ADN du VHB six mois après l'infection aiguë. Il est coutume de dire qu'il y a un risque de passage à la chronicité de 5 à 10 % chez les adultes

immunocompétents de moins de 50 ans. Il est beaucoup plus élevé dans les autres tranches de la population : de 70 à 90 % chez les enfants nés de mères infectées, de 20 à 30 % chez les enfants infectés avant 5 ans, de 30 % chez les adultes de plus de 50 ans et de 30 à 100 % chez les sujets immunodéprimés. Le passage à la chronicité peut évoluer vers :

- ✓ Un portage chronique asymptomatique de l'AgHBs. Cette situation concerne un tiers des porteurs chronique de l'Ag HBs. Elle associe une absence de symptômes et de répllication virale détectable dans le sérum et des transaminases strictement normales. Le pronostic est en général favorable mais une surveillance biologique semestrielle est nécessaire.
- ✓ Hépatite chronique définie par la persistance de l'AgHBs pendant plus de six mois associée à une élévation des transaminases. Elle est la plus souvent asymptomatique, parfois une asthénie ou des douleurs de l'hypochondre droit, l'examen clinique est peu contributif, seul l'histologie permet de définir l'hépatite chronique dont il s'agit.
- ✓ L'histoire naturelle de cette forme chronique a été schématisée en 4 phases :
 - 1) Phase d'immunotolérance : forte multiplication virale et faible activité biologique et histologique, correspondant à une réponse immune faible ou nulle
 - 2) Phase de rupture de tolérance après plusieurs années d'évolution : réponse immunitaire forte favorisant l'apparition de fibrose. Celle ci peut aboutir à une cirrhose dans 10 à 20 % des cas.
 - 3) Elle peut aussi se terminer par un arrêt de la multiplication virale et une séroconversion HBe, ce qui signifie la disparition de l'activité de l'hépatite.

4) Phase de non-réplication virale, contagiosité faible, disparition de l'activité nécrotico-inflammatoire hépatique. A ce stade il peut exister une cirrhose ou un cancer du foie. Il est nécessaire de surveiller le taux d'alphafoetoprotéine et l'échographie du foie tous les 6 mois. Cette phase peut aboutir à la guérison de l'hépatite ou à une quatrième phase de réactivation virale.

L'évaluation de ces différentes formes n'est pas facile et il faut en général un suivi de plusieurs mois pour différencier une hépatite aiguë, un portage chronique inactif et une hépatite chronique.



* incidence pour 100 personnes années

Source : 2002 EASL international consensus conference on hepatitis B

2.7 Les signes [8]

L'hépatite aiguë B est le plus souvent asymptomatique dans 90 % des cas. L'hépatite aiguë B est grave dans un cas sur mille et devient chronique dans moins d'un cas sur dix.

2.7.1 Type de description :

- **Hépatite ictérique aiguë commune de l'adulte**

L'hépatite aiguë B est semblable aux autres hépatites virales sur le plan clinique et biochimique. L'hépatite aiguë se divise en deux phases : la phase pré-ictérique et la phase d'état.

2.7.1.1 Le début ou phase pré-ictérique :

Dans la forme typique après une incubation qui dure environ dix semaines, survient une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours environ. Elle est caractérisée par :

- Un syndrome pseudo-grippal avec une asthénie souvent intense, une fièvre en règle générale modérée à 38 – 38,5⁰c avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.

- Des signes digestifs inconstants qui peuvent être des nausées, des douleurs abdominales, des vomissements.

Rarement un urticaire évocateur du diagnostic surtout lorsqu'il est associé à des céphalées et des arthralgies (classique triade de Caroli). Les manifestations notées lors de cette phase disparaissent lorsque l'ictère s'installe.

2.7.1.2 La phase ictérique ou phase d'état :

- **Les signes généraux**

La phase ictérique dure habituellement deux à trois semaines, rarement plusieurs mois, marquée par la persistance de l'asthénie, d'un amaigrissement de deux à trois kilogrammes.

Les signes fonctionnels sont généralement absents à ce stade.

Les signes physiques L'ictère est d'installation progressive et d'intensité modérée. L'examen physique est en général normal en dehors de la possibilité d'une hépatomégalie parfois sensible; il existe aussi une splénomégalie et des adénopathies dans 25 % des cas.

- **Les signes para cliniques**

A cette phase, les transaminases (ALAT surtout et ASAT) sont élevées (entre 10 et 100 fois la normale). La bilirubinémie est élevée, et est prédominante sur la fraction conjuguée. Les phosphatases alcalines et la gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) peuvent être élevées en cas de cholestase. Le taux de prothrombine (TP) et le facteur V peuvent être normaux ou modérément abaissés; l'AgHBs et l'anticorps anti HBc de type IgM sont présents.

2.7.3. L'évolution

Le plus souvent, l'évolution est spontanément favorable avec une disparition de l'ictère en 2 à 4 semaines, une normalisation des transaminases. La disparition de l'AgHBs et l'apparition de l'anticorps anti-HBs signent la guérison. La persistance d'une asthénie peut se prolonger plusieurs mois. La persistance du virus au delà de six (6) mois, définit le passage à la chronicité qui expose au risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

2.7.4 Les formes cliniques [20, 21,22]

- ❖ **Les formes chroniques**

L'hépatite virale chronique est définie biologiquement par la persistance d'une élévation des transaminases à plus de six (6) mois après une hépatite

aiguë virale. L'hépatite chronique est définie histologiquement par l'existence de lésions hépatiques associant à un degré variable en fonction du stade et de l'activité de la maladie, une nécrose hépatocytaire, un infiltrat inflammatoire constitué de cellules mononuclées et de la fibrose. La chronicité de l'hépatite B se définit classiquement par la persistance de l'antigène HBs, la persistance des transaminases élevées et la persistance de la virémie pendant plus de six (6) mois. Cependant, si dans le cas d'une hépatite aiguë, l'antigène HBs n'a pas disparu au bout de deux (2) mois, il est recommandé de rechercher l'ADN viral et l'antigène HBe. Leur persistance en ce moment, serait un facteur prédictif d'une évolution chronique. Globalement, on estime que 5 à 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B, développent une hépatite chronique.

❖ **Les formes asymptomatiques :**

Les formes asymptomatiques de l'hépatite virale B sont les plus fréquentes. Environ 90% des hépatites aiguës B sont asymptomatiques. Le diagnostic est souvent porté à posteriori devant un profil sérologique témoignant d'un comptage viral passé inaperçu.

❖ **Les formes anictériques :**

Les formes anictériques sont peu ou même pas symptomatiques. Tous les signes peuvent être présents sauf l'ictère. Elles sont très fréquentes dans environ 90 % des cas. Il faut savoir demander un dosage des transaminases devant les symptômes suivants : le syndrome grippal, l'asthénie, l'anorexie, la douleur abdominale, les arthralgies, les céphalées, les prurits, et l'urticaire.

❖ **Les formes cholestatiques :**

Elles surviennent par occlusion intra hépatique et par trouble de l'écoulement de la bile dans les canalicules biliaires.

L'excrétion de la bilirubine par les hépatocytes est alors perturbée (stase intracellulaire); les cholangioles sont frappées; leur perméabilité est accrue, la bile s'épaissit et des thrombus biliaires se forment. La maladie prend une

évolution prolongée et l'ictère persiste des mois : il y a des démangeaisons. Etant donné que les hépatocytes sont peu atteints, les symptômes d'intoxication sont faiblement prononcés.

En cas de cholestase intense, l'ictère et le prurit sont les signes majeurs.

L'ictère est franc, les selles sont complètement décolorées et les urines sont foncées. Les phosphatases alcalines et le Gamma Glutamyl Transpeptidase sont franchement élevées.

❖ **Les formes avec manifestations extra hépatiques :**

Ce sont des formes rares et trompeuses. Les manifestations articulaires surviennent surtout lors de la phase pré-ictérique. On peut voir aussi des arthralgies, parfois des polyarthrites vraies avec des signes objectifs. Il faut insister sur le risque d'aplasie médullaire, une complication rare mais grave qui survient habituellement 2 à 3 mois après le début de l'ictère. Il peut s'agir aussi de polyradiculonévrite, de pancréatite aiguë, de glomérulonéphrite, de péricardite, de thyroïdite.

❖ **Les formes fulminantes :**

Au cours d'une hépatite fulminante, la surveillance du taux de prothrombine (TP) ou temps de quick doit être systématique; le taux de prothrombine, le facteur V sont généralement bas et la cytolyse est majeure. Un taux de prothrombine inférieur à 50 %, définit une hépatite sévère et le malade doit être hospitalisé.

L'hépatite grave (ou hépatite fulminante) est définie par la survenue d'un astérisis, des troubles du comportement, d'une somnolence associée à un taux de prothrombine bas.

Dans ce cas, le malade doit être hospitalisé en milieu spécialisé en vue d'une éventuelle transplantation hépatique. L'incidence des formes fulminantes est inférieure à 1%.

❖ **Les formes de l'enfant :**

Le tableau revêt le même aspect que chez l'adulte, mais la fréquence du passage à la chronicité du virus de l'hépatite B est plus élevée. La prévalence de l'antigène HBs chez les enfants en milieu scolaire varie de 3 à 17 %[20]. La prévalence significative de l'infection par le virus de l'hépatite B dans cette population, montre l'importance de la transmission du virus pendant l'enfance.

❖ **Les formes de la femme enceinte**

Il n'existe pas de risque d'embryo-fœtopathie mais par contre, il existe un risque de transmission materno-fœtale. La contamination de l'enfant a lieu surtout lorsque l'hépatite aiguë B survient chez la mère au 2^{eme} ou 3^{eme} trimestre de la grossesse. Lorsque la mère a une hépatite chronique virale B, le risque de transmission materno-fœtale est corrélé avec la charge virale au moment de l'accouchement. En pratique, les nouveaux-nés de mères porteuses de l'AgHBs doivent bénéficier systématiquement d'une sérovaccination à la naissance. La prévalence de l'antigène HBs chez les femmes enceintes varie entre 3 et 18 %[22].

❖ **Hépatite du nouveau-né**

Elle se définit comme survenant à la naissance ou dans les trois premiers mois de vie. L'infection se fait en transplacentaire (prénatal), lors de l'accouchement (périnatal) ou après l'accouchement (postnatal). Il peut s'agir d'une hépatite ictérique simple, soit d'une hépatite anictérique ne se traduisant que par l'apparition de l'antigène HBs dans le sang.

❖ **Les formes de l'immunodéprimé**

Le risque de passage à la chronicité en cas d'hépatite aiguë B chez le patient co-infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est beaucoup plus élevé. Cette probabilité d'évolution vers la chronicité est inversement corrélée au taux de lymphocytes T CD4.

2.8. Dépistage dans le cadre de l'hépatite virale B [19]

La stratégie de dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B n'est pas clairement définie. Il est plutôt recommandé de réaliser un dépistage chez les personnes exposées au risque de contact avec le VHB. Le renforcement du dépistage des personnes infectées peut permettre l'instauration d'un traitement antiviral à un stade plus précoce avec un bénéfice individuel de réduction des complications et décès, un bénéfice collectif de réduction de risque de transmission de l'infection. Le dépistage peut aussi permettre une diminution du coût de prise en charge, car un traitement efficace pourrait éviter l'évolution vers les complications comme la cirrhose et, ou le CHC dont le coût des soins est élevé. Le dépistage permet par ailleurs de préciser le statut immunitaire des sujets testés et de vacciner les personnes à risque d'exposition, non immunisées et l'entourage des porteurs chroniques du VHB.

2.8.1 Intérêt du dépistage [18]

Dépister les personnes exposées au risque de l'infection par le VHB permet de :

- identifier les personnes présentant une hépatite B nécessitant un traitement et, ou un suivi spécialisé ;
- vacciner les personnes exposées non immunisées ;
- vacciner l'entourage (enfants et adultes) et les partenaires sexuels des personnes susceptibles de transmettre la maladie ;
- protéger les nouveau-nés de femmes enceintes infectées (prévention de la transmission mère enfant par sero-vaccination)
- Traité les hépatites chroniques avant une évolution vers la fibrose avancée et vers la cirrhose

2.8.2 Contexte [19]

Le dépistage VHB est fait avant toute vaccination afin de définir les sujets encore non immunisés et de proposer la vaccination.

Le dépistage de l'hépatite B, peut se faire en milieu de soins lors d'une visite médicale. Il est systématique chez la femme enceinte (au sixième mois de la grossesse) au cours des visites prénatales. La recherche systématique d'une infection par le VHB est aussi faite chez tout donneur de sang et chez les patients infectés par le VIH. Il est recommandé de proposer le dépistage du VHB chez toute personne à risque de contact avec le VHB.

2.8.3 Acteurs et niveau d'intervention [19]

Les acteurs du dépistage des virus de l'hépatite B sont :

- Les médecins généralistes travaillant dans les structure sanitaires de niveau I, II (CSCOM, CSref), les garnisons militaires, les cliniques privées. Ceux travaillant dans les milieux carcéraux, les centres de transfusion sanguine et les médecins généralistes des CESAC.
- Les sages-femmes (pour les femmes enceintes) dans les CSCOM, CSref.
- Les médecins spécialistes dans les centres hospitaliers universitaires (CHU)

Les médecins travaillant dans les structures spécialisées telles que les centres de dépistage anonyme et gratuit, les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

2.8.4 Etapes du dépistage

Quelque soit la forme du dépistage, à l'initiative du soignant ou celle du patient, les normes et les procédures du dépistage et du test restent les mêmes. Le test est effectué selon les règles des « 3C » : counseling, consentement éclairé, confidentialité [25].

- **Consentement éclairé**

Le consentement éclairé correspond à l'accord volontaire du client d'effectuer le dépistage après avoir été informé et avoir compris les avantages et l'implication de la connaissance de son statut sérologique. Le contraire du dépistage avec consentement éclairé est le dépistage obligatoire qui s'effectue lors des dons de sang, d'organe et des greffes de tissus.

- **Confidentialité**

La confidentialité renvoie au devoir éthique et juridique que dispose les professionnels de la santé, de ne pas révéler à autrui, les informations qui leurs ont été données ou qu'ils ont obtenu dans le cadre de leurs rapports professionnels avec un client. Toutefois, la confidentialité pourrait être qualifiée de « confidentialité partagée » lorsque les informations sont révélées uniquement au personnel médical directement impliqué dans la prise en charge du malade et uniquement sur la base des informations nécessaires pour la prise en charge du patient.

- **Anonymat**

C'est une des garanties du dépistage. La personne qui veut effectuer un test n'est pas tenue de décliner son identité et est donc couverte par l'anonymat. L'utilisation d'un code d'identification à la place du nom de l'individu testé permet au laboratoire qui conduit le test d'attribuer les résultats au code utilisé.

2.8.4.1 Counseling prétest [programme nationale de lutte contre le SIDA]

Le counseling pré-test dure environ 15 minutes et suit l'approche «BERCER».

APPROCHE « BERCER » .Les 9 points clés du counseling pré-test

Bienvenue	1. Accueil
Entretien	2. Analyse de la demande 3. Evaluation du risque
Renseignements	4 Information sur le VHB et le test 5. Signification et implication des résultats 6. Présentation au clients des modèles de changement de comportement et adoption d'un plan individuel de diminution du risque : dépistage et comportement à moindre risque.
Choix du dépistage	7. Obtention d'un consentement éclairé verbal
Explication	8. Comment vivre son statut
Retour/Rendez-vous	9. Rendez-vous pour le counseling post test et l'annonce des résultats

2.8.4.1.2 Conduite du counseling pre test [23]

Veiller à ce que les points clés du counseling soient passés dans 15 mn, car le client serait plus concentré durant les 15 premières minutes. Les techniques de CIP constituent la base de la communication entre le client et le conseiller.

Accueillir le client :

- Recevoir le client dans son bureau pour un entretien individuel tout en assurant un bon accueil dans une ambiance de confidentialité,
- Etablir un climat de confiance permettant au client d'exposer ses problèmes et ses préoccupations de manière libre et sans gêne,
- Vérifier l'éligibilité du client en particulier l'âge requis avant d'effectuer le test,
- S'assurer de la motivation réelle du client sur la demande (volontariat),
- Rassurer le client sur le respect de ses droits, de la confidentialité, de l'anonymat, du consentement éclairé

Evaluer la connaissance du client sur l'infection à VHB:

Poser des questions ouvertes,

Corriger les fausses informations, les croyances et les rumeurs,

Insister sur les modes de transmission et les mesures de prévention du VHB.

Evaluer le risque d'exposition au VHB par le client en recherchant des informations suivantes sur ses antécédents :

- Les personnes nées ou ayant résidés dans les régions de forte endémicité (Afrique Subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (Europe de l'Est et du Sud, moyen Orient, sous continent indien, Amérique du Sud , Afrique du Nord)
- L'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB.
- Les usagers de drogues par voie intravaineuse ou intra nasale.

- Les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives.
- Les voyageurs et les personnes susceptibles de résider dans les régions de forte ou moyenne endémicité.
- Les adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques.
- Les personnes séropositives pour le VIH, VHC ou ayant une infection sexuellement transmissibles en cour ou récente.
- Les personnes ayant un piercing ou un tatouage.
- Les personnes sejournant ou ayant séjournés en milieu carcéral.
- Les personnes ayant des rapports sexuelles avec partenaires multiples.
- Les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

Le trouble psychologique éventuel du client (exemple: état dépressif éventuel du client, etc).

Evaluer le profil psychologique du client pour prévoir ses réactions à l'annonce de son statut sérologique.

Choisir et expliquer les thèmes ayant trait à la situation du client :

centrer le conseil sur la situation actuelle du client (femmes enceintes, patient IST, HSH, consommateur de drogues injectables etc.),

Choisir les thèmes ou les messages prioritaires à passer.

Evaluer la compréhension du client sur les explications :

Poser des questions de vérification (questions ouvertes), faire des paraphrases et féliciter le client.

Développer un plan de réduction du risque:

Discuter du plan de réduction du risque:

- Les actions à entreprendre pour réduire le risque
- Les éventuels obstacles à la prévention
- La négociation d'un plan de réduction de risque

Présenter les trois modèles de changement de comportement

Le modèle d'élimination du risque

Exemple : l'utilisation des matériels à usage unique, l'abstinence...

Le modèle de réduction du risque

Ce modèle est le plus réaliste car il offre aux individus la possibilité d'avoir des activités sexuelles saines. Le préservatif et la fidélité sont au centre de ce modèle. Concernant l'option de la fidélité, rien ne garantit l'adhésion du partenaire.

Pour la femme qui tombe enceinte, expliquer la possibilité de prise en charge en fonction des résultats.

Le modèle de limitation du mal

Ce modèle consiste à éviter toutes les pratiques qui ont un impact négatif sur la santé. Le client choisira d'adopter une hygiène de vie sans alcool, sans drogue, sans tabac, etc.

Le conseiller aidera le client à changer ses comportements en appliquant son plan d'action et chaque comportement sain sera considéré comme une étape vers la réussite. Il identifiera ensuite des stratégies pour l'aider à changer.

Ces différents modèles de changement de comportement peuvent être adaptés selon les conditions et les intérêts des clients. Le conseiller doit pouvoir s'en inspirer pour développer sa relation d'aide avec ses clients.

Préparer psychologiquement le client à l'annonce du test :

Expliquer la signification des trois possibilités de résultat,

Demander la décision du client,

Laisser le client réfléchir,

Obtenir son consentement éclairé: le client veut faire le test tout en étant conscient de la signification et de l'implication du résultat du dépistage.

Faire le test sur place.

Fixer le prochain rendez-vous avec le client pour un autre counseling pré test si le client a refusé de se faire dépister, pour le counseling post test et l'annonce du résultat du test si le client a accepté le dépistage.

Encourager le client à amener son, ou ses partenaires pour se faire dépister.

Féliciter le client.

2.8.5 Outils du dépistage du VHB [24, 19]

Le diagnostic d'hépatite est posé sur le bilan de la fonction hépatique. Le bilan initial doit inclure: transaminases (ALAT, ASAT), gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale, libre et conjuguée, taux de prothrombine.

Le diagnostic d'hépatite virale B est confirmé par la recherche de certains antigènes, anticorps et de l'ADN du VHB.

L'AgHBs est l'antigène de surface du virus, il indique la présence du virus et donc la contagiosité.

L'AgHBe montre la corrélation entre répllication virale et degré d'infection.

L'AC anti HBs remplace l'Ag HBs lorsque l'hépatite B évolue vers la guérison, il traduit également une réponse immunologique à la vaccination.

L'AC anti HBc montre par sa présence un contact avec le VHB sans présager de l'évolution vers la chronicité ou la guérison. Les Ig M témoignent d'une infection aiguë et les IgG persistent à vie après le contact.

L'AC anti HBe permet par sa présence de différencier le VHB sauvage du mutant de la région pré C, il indique un degré d'infection faible.

L'ADN du VHB indique la présence du virus, il traduit la multiplication virale.

Les rapports de 2011-2012 de la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent le dépistage de l'hépatite virale B par des tests sériques immuno-enzymatiques (EIA). Ces tests constituent la méthode de référence pour le diagnostic de l'infection par le VHB. La stratégie recommandée par le groupe de travail de la HAS dans un objectif de santé publique est la recherche simultanée de l'antigène HBs, des anticorps anti HBc et anticorps anti HBs afin de déterminer le statut immunitaire le plus possible de la personne.

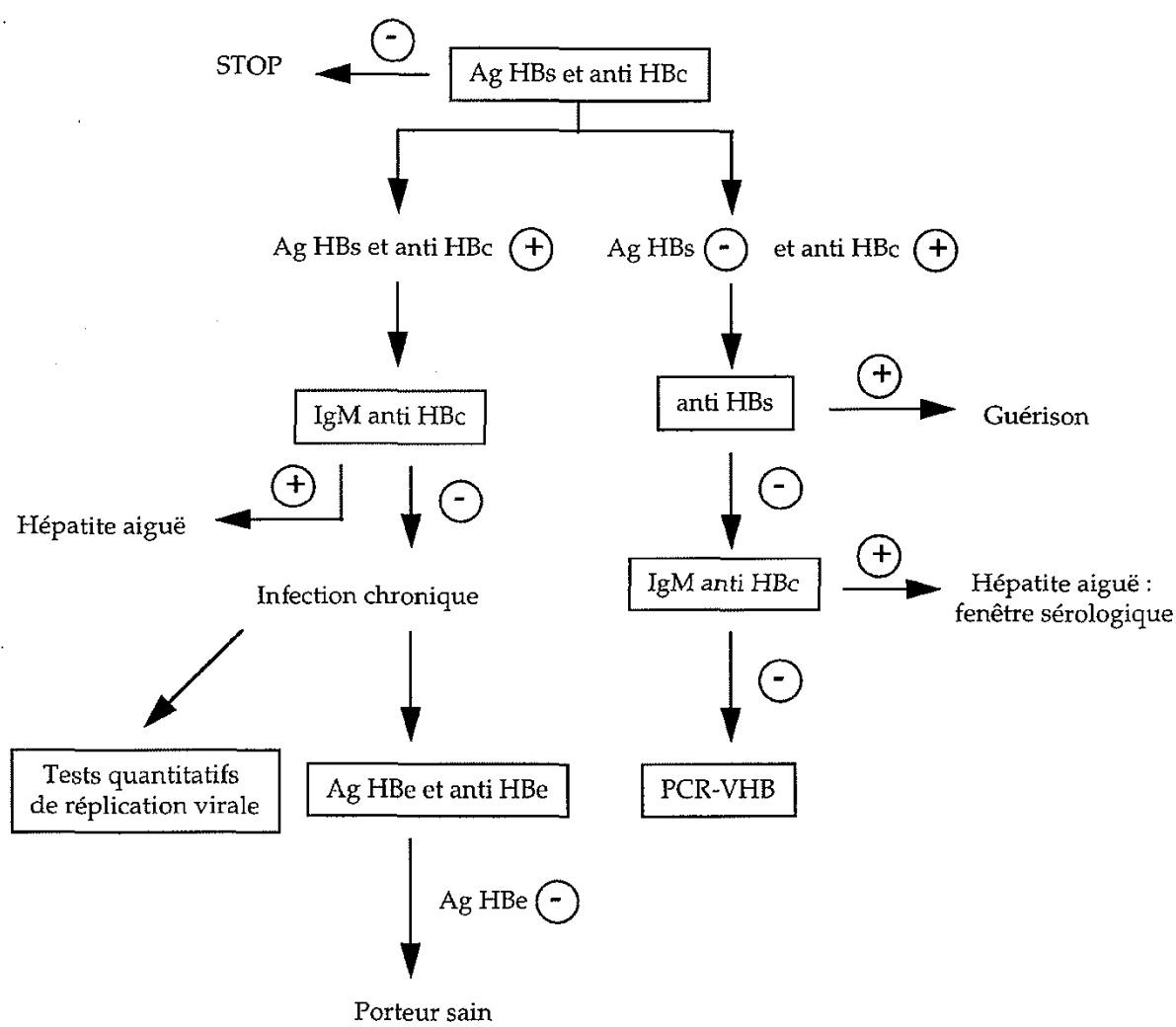


Figure 3.: Algorithme de dépistage de l'hépatite virale B [11]

2.8.6 Les tests virologiques [25]

❖ Tests immuno-enzymatiques

La détection ou la quantification des antigènes viraux et des anticorps spécifiques dirigés contre les antigènes dans les fluides est fondée sur l'utilisation des tests immuno-enzymatiques (enzymes immunosorbent assay, EIA). L'antigène ou l'anticorps recherché est habituellement pris en « sandwich » entre deux anticorps lorsqu'il s'agit d'un antigène et entre un antigène et un anticorps lorsqu'il s'agit d'un anticorps. Ces méthodes sont

rapides, faciles à utiliser, automatisables et de ce fait, permettent de traiter un grand nombre d'échantillons. On distingue des techniques qualitatives qui permettent d'indiquer la présence ou l'absence de l'analyte et des techniques quantitatives qui permettent d'évaluer avec précision la quantité d'analytes dans le fluide biologique. La détection d'antigènes ou des anticorps se fait sur le sérum et éventuellement sur le plasma.

❖ **Test rapides d'orientation diagnostique (TROD)**

Le principe du TROD est simple, il permet la capture d'analytes (antigène ou anticorps) sur une surface solide. Dans un deuxième temps, l'interaction de ces analytes avec des peptides synthétiques dans le cas de la détection d'anticorps ou des immunoglobulines spécifiques. Dans le cas de la détection d'antigènes, il permet une détection à l'œil nu, généralement sous forme de trait de couleur. Une bande contrôle permet de valider le test. Il existe plusieurs technologies, la plus utilisée est l'immunochromatographie. Ces TROD utilisent le « point-of-care testing (POCT) » qui est une alternative au prélèvement de sang veineux au pli du coude. Dans ce dernier, la matière biologique est prélevée aux endroits tels que le liquide cravculaire entre le sillon de la gencive et de la lèvre, le sang total capillaire prélevé au bout du doigt.

❖ **Le papier buvard (dried blot spot)**

Il permet de recueillir le sang et de le conserver sous forme desséchée. Une fois séchés à température ambiante, les prélèvements peuvent être acheminés par voie postale puis conservés rigoureusement à -20°C afin de ne pas altérer la qualité des acides nucléiques en vue des analyses moléculaire. Le papier buvard permet la détection des antigènes et des anticorps ainsi que des acides nucléiques.

❖ **La réaction de polymérisation en chaîne (Polymerase chain reaction)**

Elle est utilisée pour la quantification et la détection des génomes viraux. Les génomes viraux sont détectés et quantifiés à l'aide de méthodes d'amplification de la cible.

2.8.7 Les différents profils sérologiques des tableaux cliniques au cours d'une infection par le VHB [15]

Les différentes situations sérologiques de l'infection par le VHB sont résumées dans le tableau suivant :

L'antigène de surface de l'hépatite B est le plus souvent utilisé pour le dépistage de cette infection. Il est le premier antigène viral détectable à apparaître au cours de l'infection. Toutefois, au début de l'infection, cet antigène peut ne pas encore être présent et il peut être indétectable plus tard dans le cours d'évolution de l'infection car il est éliminé par le patient. Le virion infectieux contient un noyau le "core" réceptacle du génome viral. Le core est une particule icosaédrique contenant 180 à 240 exemplaires d'une protéine, connue sous le nom d'Antigène du core du virus de l'hépatite B, ou Ag HBc. Au cours d'une "fenêtre" pendant laquelle l'hôte reste infecté mais se défend avec succès contre le virus, les anticorps IgM contre l'antigène du core du virus de l'hépatite B (IgM anti-HBc) peuvent être la seule trace sérologique de la maladie. Peu de temps après l'apparition de l'AgHBs, un autre antigène nommé antigène (Ag HBe) apparaît. Traditionnellement, la présence de l'AgHBe dans le sérum est associée à un taux beaucoup plus élevé de répllication virale et à un renforcement de l'infectuosité. Toutefois, certaines variantes du virus de l'hépatite B ne produisent pas l'antigène «e», aussi cette règle n'est-elle pas

toujours vérifiée. Pendant le cours de l'évolution naturelle d'une infection, l'Ag HBe peut être éliminé, et des anticorps contre l'antigène (anti-HBe) apparaîtront immédiatement après. Ce changement est généralement associé à une baisse spectaculaire de la réplication virale [15].

Tableau I : interprétation des marqueurs sériques du VHB

	Ag HBs	IgM antiHBc	IgG antiHBc	ADN VHB	Ag HBe	IgG anti HBe	IgG antiHBs
Hépatite aigue	+	+	+	+/-	+/-	-	-
Fin d'une hépatite aigue	-	+	+	-	-	+	-
Hépatite chronique	+	-	+	+	+	-	-
Porteur sain	+	-	+	-	-	+	-
Vaccination	-	-	-	-	-	-	+

Counseling post test [23]

Approche « BERCER », les sept points clés du counseling post test

- 1 Accueil
- 2 Comment le client a vécu la période d'attente des résultats, question ouvertes pour mettre en confiance le client.
- 3 L'annonce du résultat et gestion des réactions.
- 4 Ré explication de la signification et de l'implication des résultats.

- 5 Réévaluation du plan de réduction des risques
- 6 Comment vivre son statut sérologique et appliquer son plan individuel.
- 7 Rendez-vous

❖ **Procédure du counseling post test**

- Accueillir le client
 - Recevoir le client dans le bureau du prestataire pour un entretien individuel, en assurant une ambiance de confidentialité,
 - Etablir un climat de confiance permettant une relation d'aide entre le client et le prestataire au cours de laquelle le résultat est porté à la connaissance du client,
 - Féliciter le client d'être revenu et d'avoir attendu pour prendre le résultat de son test,
 - Repérer le code du client dans le registre de consultation,
 - S'assurer que le client est prêt pour l'annonce du résultat
 - Annoncer le résultat avec un ton neutre.
- Annoncer le résultat
 - ✓ Si le résultat est négatif
 - Expliquer au client la signification du résultat négatif:
 - Attendre les réactions du client et gérer ses réactions,
 - Renforcer la conscientisation du client à demeurer séronégatif :
 - Revoir le plan de réduction du risque du client,
 - Renforcer la responsabilisation pour ses comportements de réduction de risque.
 - ✓ Si le résultat est positif

- Expliquer au client la signification du résultat positif: les anticorps et Ag du VHB ont été décelés dans son sang.
- Attendre les réactions du client et gérer ses réactions
- Expliquer la différence entre une infection à VHB aiguë et une infection à VHB chronique
- Réexpliquer les modes de transmission du VHB
- Réexpliquer la nécessité de :
 - ne pas transmettre le VHB
 - protéger son partenaire, sa famille et son entourage,
 - utiliser des préservatifs (refaire la démonstration de pose de préservatif),
 - rester intègre dans son environnement social.
- Vérifier la compréhension du client sur les explications qu'on lui a données en posant des questions ouvertes,
- Expliquer au client comment vivre positivement avec le VHB
- Identifier les besoins du client
- Témoigner au client le soutien psychologique qu'on lui apporte.
- Discuter de l'importance du partage de résultat avec le partenaire et la famille et encourager le client à amener son partenaire à se faire dépister.
- Assurer la prise en charge médicale du client ou l'orienter vers une structure appropriée,
- Eventuellement, orienter le client vers une structure ou un réseau de prise en charge spirituelle et psychosociale,
- Fixer d'autres rendez-vous pour le suivi.

2.9 Traitement

2.9.1 Traitement préventif [8,15,21]

❖ Vaccination

La prévention de l'infection par le VHB repose sur la vaccination, mais aussi sur la détection des porteurs du virus. Les vaccins contre l'hépatite B sont composés de l'AgHBs obtenu par recombinaison génétique et adsorbé sur l'aluminium. Ils peuvent être utilisés seuls (vaccins monovalents) ou en combiné en particulier pour la vaccination du nourrisson. Les vaccins contre l'hépatite B sont immunogènes et entraînent la production d'anticorps anti HBs dirigés contre la protéine de l'enveloppe. Un titre d'anticorps anti HBs $\geq 10\text{UI/L}$ mesuré 4 à 8 semaines après la dernière injection est considéré comme protecteur et un titre post vaccinal $\leq 10\text{UI/L}$ est considéré comme une absence de réponse. Ainsi le dépistage chez tout donneur de sang, a entraîné une baisse très sensible de ce mode de contamination de même que les programmes d'échanges de seringues chez les toxicomanes.

Dans certains cas, une immunothérapie par injection d'immunoglobulines spécifiques chez un sujet récemment contaminé peut prévenir la survenue de l'hépatite.

Les vaccins suivants sont disponibles :

- Engerix B : 10 Ug (enfants jusqu'à l'âge de 15 ans)
20 Ug (sujets âgés de 16 ans et plus)
- Genhevac B en injection intra musculaire (nourrissons, enfants et adultes)

Le schéma vaccinal est le suivant :

Le schéma actuellement recommandé est 3 injections par voie intramusculaire (dans la région deltoïdienne pour les adultes) répartis comme suit :

- 2 injections par voie intramusculaire (dans la région deltoïdienne pour les adultes et dans la cuisse pour les nourrissons), la deuxième injection se fait un mois après la première.
- Premier rappel, 6 mois après la première injection.
- Rappels tous les cinq ans

Pour les personnes vaccinées avant l'âge de 25 ans et non exposées professionnellement, aucun rappel ultérieur ni aucun contrôle sérologique n'est préconisé.

La vaccination est principalement indiquée (ou obligatoire) dans ces groupes à risque :

- Le personnel de santé
 - Les toxicomanes intraveineux
 - Les sujets à partenaires sexuels multiples
 - Les malades polytransfusés
 - Les personnes exposées aux dérivés du sang
 - Les immunodéprimés
 - L'entourage de porteurs chroniques du VHB
 - Les nouveau-nés de mères porteuses chroniques de l'antigène HBs ;
-

Un traitement par immunoglobulines spécifiques anti HBs doit être envisagé dans les circonstances suivantes :

- Piqure avec du matériel contaminé

- nouveau-né d'une mère porteuse de l'antigène HBs positif. Les nourrissons nés de mères connues comme porteuses de l'hépatite B doivent recevoir à la naissance des anticorps contre le virus de l'hépatite B (immunoglobulines anti HBs) associés impérativement au vaccin contre le VHB dans deux sites d'injection différents. Lorsque ceci est administré dans les douze heures qui suivent la naissance, le risque de contracter l'hépatite B est réduit de 95 %. Ce traitement permet à une mère d'allaiter son enfant sans danger.[15]
- Sujets contacts d'un malade atteint d'hépatite B.

Effets indésirable de la vaccination :

Les effets indésirables signalés sont habituellement temporaires et bénins, se limitant en général à une douleur, une rougeur ou un œdème au point d'injection (3 à 10 % des cas) et des réactions systématiques à type de fièvre ne dépassant pas 38°C, fatigue, arthralgies, myalgies ou céphalées (1 à 6% des cas) toutes ces réactions disparaissent au bout de 6 jours.

2.9.2 Traitement curatif [17,20,23]

2.9.2.1 But du traitement :

- Obtenir une suppression de la réplication du VHB;
- Obtenir une amélioration des lésions histologiques;
- Prévenir et, ou ralentir la progression de la maladie vers la cirrhose et, ou CHC;
- Eviter des gestes agressifs.

2.9.2.2. Moyen:

Mode de vie: il faut arrêter la prise de tout produit potentiellement hépatotoxique ou métabolisé majoritairement par le foie. Ainsi ;

- Arrêt de l'alcool et des médicaments potentiellement hépatotoxiques
- Arrêt ou adaptation des posologies des médicaments métabolisés par le foie

2.9.2.3 Les médicaments :

On dispose aujourd'hui de deux grands types de médicaments : les antiviraux et les immunostimulants

2.9.2.3.1 Les antiviraux :

Les analogues nucléosidiques : certaines molécules des nucléosides entravent la multiplication du virus en inhibant la transcriptase inverse du VHB, mais elles n'ont qu'une action « suspensive » de la multiplication virale. Tant qu'elles sont administrées, ces molécules empêchent la multiplication du virus, mais si on arrête le traitement, la multiplication virale reprend et la rechute peut être grave: apparition d'une insuffisance hépatique. Le traitement par nucléosides est donc, à priori, d'une durée indéfinie. L'inconvénient est le risque d'émergence d'un VHB mutant résistant aux nucléosides employés; ce risque croît avec la durée d'utilisation des nucléosides.

Les analogues nucléosidiques sont :

- **La lamivudine ou 3TC (Zeffix®, Epivir®) :**

Le 3TC est le plus ancien des nucléosides inhibiteurs de la polymérase du VHB, également efficace sur la transcriptase inverse du VIH, elle est utilisée à la dose de 100 mg par jour pour le traitement de l'hépatite B (contre 300 mg par jour dans le traitement du VIH). Elle a une activité antivirale d'une part, contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont l'autorisation de mise sur le marché en 1995 sous forme d'Epivir comprimés de 150 mg et d'autre part contre le virus de l'hépatite B dont l'autorisation de mise sur le marché en fin 1999 sous forme de Zeffix,

Comprimés dosés à 100 mg à la posologie d'un comprimé par jour. Sous 3TC, l'ADN du VHB baisse rapidement, mais des mutations sont présentes.

- **L'entecavir (Baraclude®, 0,5 à 1 mg par jour):**

Il est efficace sur le VHB mais à un effet antiviral partiel sur le VIH. Il pourrait conférer une résistance du VIH à la 3TC. Son action anti VHB est au moins aussi bonne que celle de la lamivudine. Mais son efficacité est limitée chez les patients ayant déjà reçu un traitement par lamivudine et ayant des résistances à ce traitement.

- **L'emtricitabine (Emtriva®):**

C'est un dérivé fluoré du 3TC, prescrit à la dose de 200 mg/j et il est efficace à la fois sur le VIH et le VHB. Son efficacité et les risques d'apparition de résistance sont similaires à ceux du 3TC

- **La Vidarabine phosphate:**

Elle est peu utilisée; c'est un analogue nucléosidique (analogue de l'adénosine). Elle inhibe l'activité de l'ADN polymérase. Le traitement ambulatoire est donc possible. La posologie habituelle est la suivante : une injection en intramusculaire (IM) toutes les 12 heures pendant 28 jours à la dose de 10 mg/kg/jour pendant les 5 premiers jours ; puis 5 mg/kg/jour pendant les 23 jours suivants.

Les analogues nucléotidiques sont :

- **L'adéfovir (Hepsera®):**

C'est un analogue nucléotidique qui est efficace sur les mutants résistants au 3TC. Il est utilisé à la dose de 10 mg par jour. Il permet de la même façon une diminution de l'ADN du VHB et une amélioration biochimique et histologique. Il semble moins rapidement efficace, mais l'apparition de

mutations et de résistance est également moins rapide chez les patients traités. Chez les patients ayant reçu auparavant un traitement par lamivudine et ayant développé une résistance. Le risque principal est la toxicité rénale déjà mise en évidence, de façon plus importante, lorsque l'adefovir était employé à une dose supérieure chez les patients infectés par le VIH.

• **Le ténofovir (Viread®):**

Il est efficace à la fois sur le VHB et sur le VIH. Il reste efficace en cas de résistance au 3TC, et est même supérieur à l'adefovir pour les patients ayant un VHB résistant au 3TC. Certains patients résistants à l'adefovir pourraient être traités avec succès par le ténofovir.

Les combinaisons thérapeutiques :

Vu l'apparition de résistance aux antiviraux, les combinaisons thérapeutiques devraient limiter le risque de résistance, mais il n'est pas évident qu'elles renforcent l'efficacité antivirale proprement dite. Des essais cliniques sont en cours pour démontrer l'efficacité d'une combinaison thérapeutique d'emblée par comparaison à une addition précoce d'une deuxième molécule antivirale en cas de contrôle imparfait de la charge virale sous traitement. Il faut noter que la combinaison d'interféron pégylé et de lamivudine ne semble pas apporter de bénéfice thérapeutique supplémentaire. La décision sur le type de traitement à utiliser en «première intention» pour un patient infecté par le VHB repose sur le stade de la maladie hépatique, la charge virale VHB, l'augmentation des transaminases.

- En cas de charge virale inférieure à 10000 copies/ml et transaminases élevées : c'est le cas des patients ayant déjà spontanément une réponse immune, l'interféron pégylé qui va renforcer cette réponse immune, doit

être envisagé en première intention. En effet, dans cette situation, un traitement de durée définie peut induire une rémission prolongée.

- Une charge virale supérieure à 10000 copies/ml et, ou des transaminases peu élevées sont des facteurs prédictifs de mauvaise réponse à l'interféron, et chez les patients présentant des contre-indications à l'interféron ou ayant présenté des effets secondaires à l'interféron, un traitement par analogues nucléosidiques doit être envisagé de première intention. Pour les patients positifs pour l'antigène HBe et une très forte charge virale l'entecavir semble être aujourd'hui la meilleure option thérapeutique de première ligne chez ces patients. Les combinaisons thérapeutiques se discutent mais il n'y a pas de consensus. Certains proposent, au bout de 6 mois, si l'ADN VHB ne chute pas de 4 logs, le rajout d'un deuxième nucléoside. D'autres prescrivent d'emblée une combinaison de nucléos(t)ides : entecavir et adefovir ou ténofovir, emtricitabine.

En cas de résistance à certains nucléosides

Chez les patients ayant présenté une résistance, l'adaptation du traitement dépend des données de résistances croisées des différents mutants de résistance. Il est possible de demander en routine la recherche des mutations de résistance de la polymérase du VHB.

- **Résistance à la lamivudine:** la meilleure option est d'ajouter l'adéfovir ou le ténofovir, dès l'augmentation de la charge virale et avant même la remontée des transaminases. Le passage de la lamivudine à l'entecavir n'est pas conseillé chez ces patients, compte tenu de la résistance croisée entre la lamivudine et l'entecavir et du risque de sélection de mutants résistants à la fois à l'entecavir et à la lamivudine qui atteint environ 30 % des patients après 3 ans de traitement.

- **Résistance à l'entecavir:** soit lors d'un premier traitement, soit après un échec de lamivudine, les premières études indiquent que l'adéfovir et le ténofovir sont efficaces pour contrôler la charge virale chez ces patients ayant présenté une résistance à l'entecavir.

- **Résistance à l'adefovir:** en fonction du profil des mutations, on peut conseiller soit l'ajout de la lamivudine, soit l'ajout de l'entecavir tout en continuant l'adéfovir, dès la remontée de la charge virale, soit le relais par ténofovir.

2.9.2.3.2 Les immunostimulants:

- L'interféron:[8]

L'interféron standard l'INF alpha 2-b était la première molécule utilisée dès les années 1980 dans le traitement de l'hépatite B. Il était administré par voie sous-cutanée à raison de 5 à 10 MU 3 fois par semaine, pendant une durée de 3 à 6 mois. Chez les patients HBe positifs, il permet d'envisager une séroconversion HBe durable dans environ 25 % des cas.

Chez les patients HBe négatifs (infection à virus B mutant) la durée du traitement est plus longue 1 à 2 ans, et le pourcentage de réponse durable est d'environ 30 % des cas. L'interféron standard va être remplacé par l'interféron pégylé administré une seule fois par semaine. L'interféron pégylé alfa-2a commercialisé, permet d'obtenir dans les deux types d'infections (à virus sauvage ou muté) une réponse durable dans 40 % des cas.

Il n'y a pas d'intérêt à associer l'interféron à la lamivudine. L'interféron est une molécule physiologique de défense contre le virus. L'interféron alpha est une cytokine ayant des propriétés antivirales, immunomodulatrices et anti prolifératives.

Au cours du traitement de l'hépatite chronique B, le mécanisme d'action de l'interféron alpha est double: antiviral et immunologique.

- L'action antivirale : L'interféron inhibe les ARN viraux et active des enzymes ayant une action anti virale.
- L'action immunologique de l'interféron entraîne une stimulation de la réponse immunitaire cellulaire. L'immunité cellulaire vis à vis des hépatocytes infectées est stimulée.

Les contre-indications sont :

- Thrombopénie (< 50000 plaquettes/mm³)
- Neutropénie (< 1000 polynucléaires neutrophiles/mm³)
- Cirrhose décompensée avec insuffisance hépatocellulaire sévère et, ou complications (ascite, encéphalopathie, hémorragie digestive)
- Insuffisance rénale avec clairance de la créatinine (< 50 ml/min)
- Hypersensibilité à la substance active ou à tout autre interféron ou l'un des excipients.
- Epilepsie non contrôlée
- Dépression non contrôlée ou psychose sévère actuelle
- Transplantation d'organe à l'exception du foie
- Hépatite auto-immune
- Grossesse, allaitement
- Troubles thyroïdiens préexistants sauf s'ils peuvent être contrôlés par un traitement conventionnel

Les effets secondaires de l'interféron peuvent être :

Un syndrome pseudo-grippal, une asthénie, une alopécie, une hypo ou hyperthyroïdie, une instabilité de l'humeur, une neutropénie, une thrombopénie, des troubles cardio-vasculaires (hyper ou hypotension, insuffisance cardiaque, troubles du rythme.)

La transplantation hépatique :

Elle est indiquée en cas de cirrhose sévère, elle est parfois le dernier recours dans le traitement de l'hépatite B; elle peut être proposée dans des circonstances bien différentes: hépatite fulminante, ou la cirrhose décompensée voire le carcinome hépatocellulaire.

2.9.2.3 Indications

Hépatite B aiguë commune : mesures hygiéno-diététiques et surveillance

Hépatite fulminante : transplantation

Hépatite B chronique : * Interféron pégylé

* ou analogues nucléos(t)idiques

Cirrhose : *si ADN détectable

+ Cirrhose compensée : Interféron avec prudence car comporte un risque ou de préférence analogues à haute barrière génétique

+ Cirrhose décompensée: analogues à haute barrière génétique ou transplantation.

3. METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude

Notre étude était prospective, descriptive et évaluative portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sages-femmes exerçant dans les centres de santé de référence du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite virale B.

3.2. Site de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les centres de santé de référence des six communes du district de Bamako :

La Commune I : a une population de 335 407 habitants et couvre une superficie de 35,0 km². Elle est délimitée au nord par la commune rurale de Djalakorodji, à l'ouest par la commune II, au Nord-Est par la commune rurale de Sangarébougou, à l'Est par la commune rurale de Gabakourou et au Sud par le fleuve Niger. Elle comporte neuf quartiers qui sont Banconi, Boukassombougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Sotuba, Korofina Nord, Korofina Sud et Sikoroni. Son CSRef se situe à Korofina Sud.

La Commune II : a une population de 159 805 habitants et couvre une superficie de 18,3 km². Elle est délimitée à l'Est par le marigot de Korofina au pied de la colline du Point G et au Sud par le fleuve Niger. La municipalité a onze quartiers qui sont Niaréla, Bagadadji, Médina Coura, Bozola, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, Téléphone sans fil, Zone industrielle et Bougouba. Son CSRef se situe à Missira.

La Commune III : a une population de 128 872 habitants et couvre une superficie de 20,7 km². Elle est délimitée au Nord par la Kati, à l'Est par le boulevard du Peuple, qui la sépare de la commune II, au Sud par la partie du fleuve Niger, et à l'Ouest par la rivière Farako, l'Avenue Cheick Zayed et le quartier de l'ACI-2000. Commune III est le centre administratif et

commercial de Bamako. Il accueille en particulier les deux plus grands marchés de la capitale, le Grand Marché et Dibida. Vingt quartiers composent cette commune et les villages de Koulouninko et Sirakoro Dounfing étaient rattachés à la commune III. Son CSRéf se situe à Bolibana. La commune IV a une population de 300 085 habitants et couvre une superficie de 42,0 km². Elle est délimitée à l'Est par la commune III, au Nord, à l'Ouest par le Cercle de Kati et au Sud par la rive gauche du fleuve Niger. La commune IV se compose de huit quartiers : Taliko, Lassa, Sibiribougou, Djikoroni Para, Sébénikoro, Hamdallaye, Lafiabougou et Kalabambougou. Son CSRéf se situe à Lafiabougou.

La Commune V : a une population de 414 668 habitants et couvre une superficie de 42,0 km². Elle est délimitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par l'aéroport et la commune de Kalabancoro, et à l'Est par la commune VI et le Niger. Elle se compose de huit quartiers : Badalabougou, Sema I, Quartier Mali, Torokorobougou, Baco - Djikoroni, Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban-Coura. Son CSRéf se situe au Quartier Mali.

La Commune VI : a une population de 470 269 habitants et couvre une superficie de 87,0 km². C'est la plus grande des communes du district de Bamako. Il comporte dix quartiers : Banankabougou, Djanékéla, Faladié, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Sénou, Sogoniko, Sokorodji et Yirimadio. Son CS Réf se situe à Sogoniko.

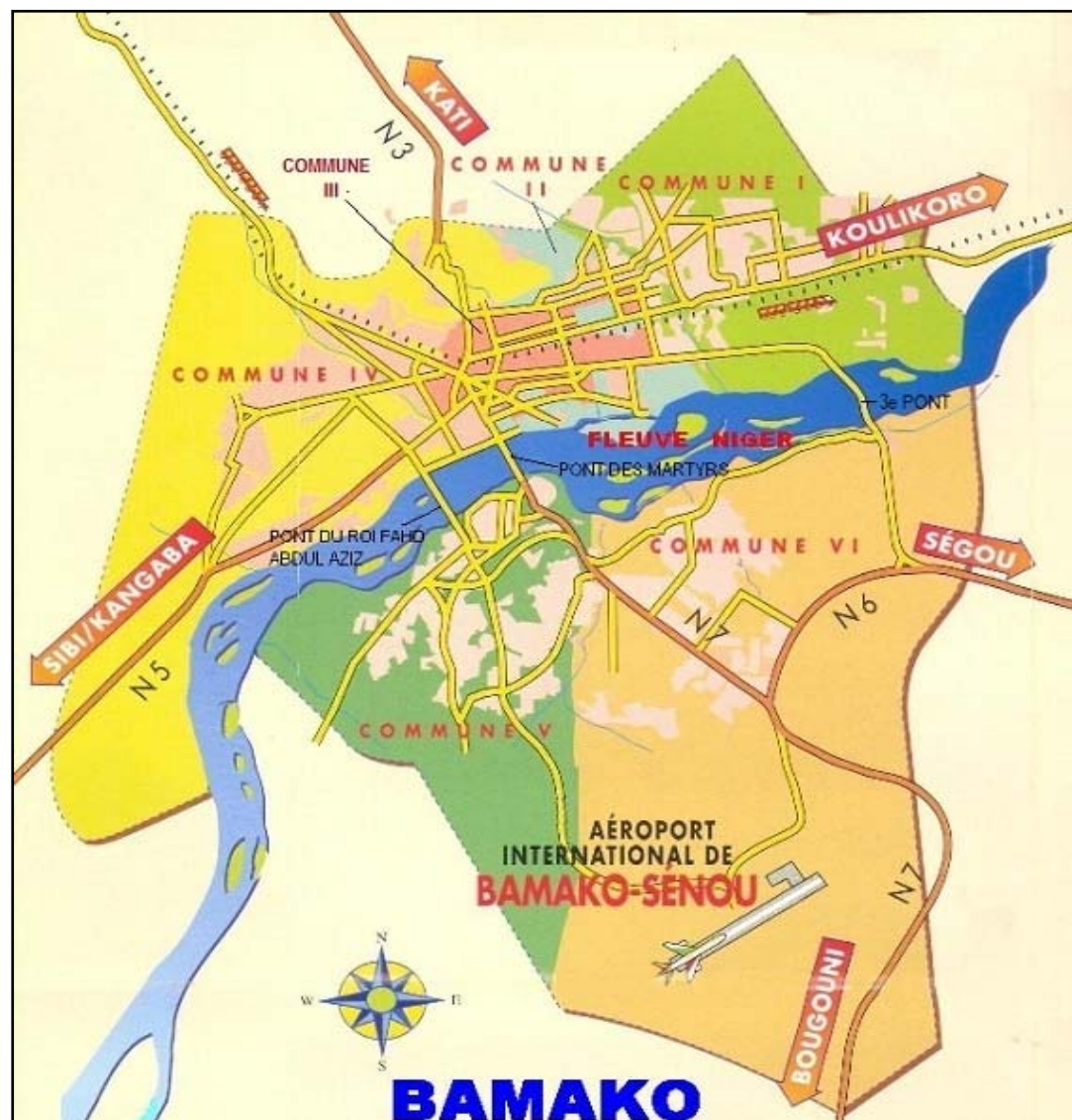


Figure 4 : carte de Bamako avec ses communes

3.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 28 février au 28 mars 2014.

3.4. Population d'étude

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif portant sur les médecins (généralistes comme spécialistes, ou médecins en spécialisation) et les sages-femmes exerçant dans les six centres de santé de référence de la ville de Bamako. Leur effectif total était estimé à 256 selon le tableau ci-dessous tiré de la carte sanitaire du Mali 2008 :

Tableau II : Estimation de la taille de la population d'étude

CS Réf commune	Médecins	Sage-femmes	Total
I	14	27	41
II	7	29	36
III	3	6	9
IV	16	41	57
V	17	33	50
VI	7	43	50
Total	64	179	256

3.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

Tout Docteur en médecine ou Sage-femme exerçant dans un des centres de santé de référence du district de Bamako qu'il soit permanent ou qu'il y prenne des gardes.

3.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous médecins répondant aux critères d'inclusion mais qui n'ont pas voulu remplir la fiche d'enquête en notre présence.
- Tout étudiant en médecine ou école de santé n'ayant pas encore obtenu son diplôme même si ce dernier prend des gardes dans l'un des centres de santé du district de Bamako.

3.4.3. Critères d'exclusion

Ont été exclu de notre étude :

- Toute fiche d'enquête avec plus de 5% de données manquantes.
- Toute fiche d'enquête remplie en double, une variable évaluant un

remplissage antérieur du questionnaire était prévue à cet effet.

3.5. Collecte des données

3.5.1. Outils de collecte

Tout le personnel répondant aux critères d'inclusion a été soumis à un questionnaire anonyme écrit (Annexe 1).

3.5.2. Déroulement de la collecte

Nous avons obtenu une autorisation de la direction nationale de la santé et de la direction régionale de la santé du district de Bamako. L'abord des professionnels a été facilité soit par une lettre écrite du responsable (comme ce fut le cas en commune III, V et VI), soit par notre introduction physique à tous les services par le chef du personnel (commune I) ou par note interne d'information du service (commune II et IV). Nous avons passé trois jours dans chacun des six centres de santé de référence du district de Bamako. Les matinées ont été consacrées aux médecins et sages-femmes permanents disponibles, les après-midi et les nuits aux médecins et sages-femmes de garde. Afin de couvrir le maximum de personnel volontaire, nous sommes repassés dans les centres de santé autant de fois que nécessaire, même les week-ends.

Les procédures appliquées dans chaque centre de santé ont été les suivantes:

- Prise de contact avec le médecin chef ou le médecin chef adjoint du centre, avec présentation de l'autorisation de la DSR et explication interactive sur les objectifs de l'étude, son déroulement et son intérêt.
- Obtention de l'autorisation du médecin chef ou du médecin chef adjoint du centre
- Remise d'une fiche d'enquête main à main à chaque médecin ou sage-

femme de la structure en fonction de leur disponibilité après remplissage et retrait des fiches d'enquête.

NB: le remplissage des fiches s'est fait en notre présence,

- Retour au centre de santé dans la semaine tant que nous n'avions pas pu rencontrer tous les médecins et sages-femmes.
- Dépouillement immédiat de chaque fiche dès la réception;
- Saisie des données au fur et à mesure de leur dépouillement.

3.5.3. Nature des données recueillies

Nous avons recueilli les informations suivantes:

- caractéristiques générales (âge, sexe);
- caractéristiques professionnelles (spécialité, établissement d'exercice, nombre d'année d'exercice, nombre de consultation en moyenne par jour, connaissance sur l'existence du Programme National de lutte contre les Hépatites, participation à des formations sur le dépistage des hépatites);
- statut vaccinal concernant l'hépatite B;
- fréquence de proposition de dépistage de l'hépatite B à leurs patients;
- connaissance sur les examens sérologiques à demander systématiquement pour le dépistage de l'Hépatite virale B aigüe;
- attitude face à la positivité de l'AgHBs;
- connaissance sur les examens sérologiques à demander systématiquement pour le dépistage de l'Hépatite virale B chronique;
- connaissance sur les facteurs de risques devant motiver le dépistage de l'hépatite B;
- fréquence de proposition de vaccination contre le VHB à leurs patients;
- connaissance sur les indications de la vaccination contre le VHB;

- opinion sur le management de la lutte contre les hépatites virales B au Mali;
- recommandations pour une meilleure pratique du dépistage de l'hépatite virale B dans les structures sanitaires de Bamako voire du Mali.

3.6. Considérations éthiques

La présente enquête a eu les autorisations de la direction régionale de la santé de Bamako et des médecins chefs des centres de santé du district de Bamako ainsi que le consentement du personnel qui y a participé. Le questionnaire était anonyme. Chaque répondant a été rassuré de la confidentialité des données recueillies.

3.7. Saisie et analyse de données

Les données collectées ont été saisies sur le logiciel SPSS version 20.0. Un nettoyage des fichiers a été effectué avant analyse pour corriger les données aberrantes et les erreurs de saisie.

- Une analyse descriptive a été faite par le calcul :
 - Pour les variables quantitatives, des paramètres de position (moyenne) et des paramètres de dispersion (écart type et étendue)
 - Pour les variables catégorielles, des effectifs et de la fréquence.
- Une analyse explicative a été faite par des tableaux de contingence avec le test du Khi 2 pour les variables qualitatives. Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme seuil de significativité.
- La proportion de données manquantes est représentée dans la description des variables. Les données manquantes n'ont pas été traitées dans nos effectifs.

➤ Définition opérationnelle

Pour cette partie, les connaissances ont été recodées en bonne ou à

améliorer à partir d'une notation scolaire : les treize questions portant sur les connaissances des cibles du dépistage représentaient chacune un (1) point ; ensuite le pourcentage de bonne réponse a été calculé en multipliant le total de leur points par 100 puis en divisant le tout par 13. Tout sujet ayant moins de 50 % était considéré comme ayant une connaissance à améliorer et tout sujet ayant 50 % et, ou plus était considéré comme ayant une bonne connaissance.

➤ **Diagramme de GANTT**

L'étude s'est déroulée selon le diagramme suivant :

Activités	28 Février au 7 Mars 2014	7-14 Mars 2014	14-21 Mars 2014	15-28 Mars 2014		Janvier 2015	Février 2015	Mars 2015	Avril 2015
Elaboration protocole									
Autorisation des médecins chefs									
Collecte des données									
Saisie des données									
Nettoyage des données									
Analyse des données									
Rédaction de la thèse									

4. RESULTATS

4.1 Le profil du personnel enquêté

Tableau III : répartition du personnel enquêté selon la spécialité

Spécialités	Effectifs	Pourcentages
Sages-femmes	99	48,5
Médecin généraliste	52	25,4
Interniste	4	2,0
Pédiatre	4	2,0
Gynécologue obstétricien	18	8,8
Chirurgien	5	2,5
Infirmière Obstétricienne	18	8,8
Autres*	4	2,0
Total	204	100,0

* *Autres : Anesthésiste-Réanimateur (1) ; Dermatologue (1) ;*

Diabétologue (1) et Ophtalmologue (1)

Les sages-femmes étaient la spécialité la plus représentée parmi le personnel enquêté avec 48,5 %.

Tableau IV : répartition du personnel enquêté selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	144	70,6
Masculin	60	29,4
Total	204	100,0

Le sexe féminin était majoritaire parmi le personnel enquêté soit 70,6 % contre 29,4 % chez les hommes.

Tableau V: Distribution des sujets enquêtés selon l'âge

Paramètre	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age en années	204	21	61	38,7	9,2
Nombre d'année d'exercice	204	1	36	11,1	9,3
Nombre de consultation par jour	204	1	60	11,8	9,8

la moyenne d'âge du personnel enquêté était de $38,7 \pm 9,2$, le nombre moyen d'années d'exercice était de $11,1 \pm 9,3$ et chaque personnel enquêté faisait en moyenne $11,8 \pm 9,8$ consultation par jour avec des extrêmes variants entre 1 et 60.

4.2. Les connaissances du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B

Tableau VI: Connaissance du personnel enquêté sur les cibles du dépistage

Connaissance sur les cibles du dépistage	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	62	30,4
Bonne	142	69,6
Total	204	100,0

La majorité du personnel enquêté (69,6 %) avait une bonne connaissance sur les cibles du dépistage de l'hépatite B.

Tableau VII: La connaissance des cibles du dépistage de l'hépatite B selon la catégorie de personnel enquêté

Catégorie de personnel	Médicale		Paramédicale		
	N	%	N	%	p
Cibles du dépistage de l'hépatite B					
Usagers de drogue par IV et nasale	73	88,0	104	86,8	0,67
Entourage du patient AgHBs +	70	84,3	112	92,6	0,05
Comportement sexuel à risque	80	96,4	115	95,6	0,46
Personne vivant avec le VIH	72	86,7	108	89,3	0,39
Personne en zone d'endémie	70	84,3	111	91,7	0,07
Personne en situation de précarité	38	45,8	42	34,7	0,07
Personne avec une hépatomégalie	70	84,3	107	88,4	0,26
Personne à profession exposante	78	94,0	117	96,7	0,28
Personne transfusé	66	79,5	105	86,8	0,12
Travailleurs du sexe	78	94,0	116	95,9	0,38
Homosexualité	70	84,3	112	92,6	0,05
Bilan de grossesse	68	81,9	108	89,3	0,10
Bilan pré vaccinal	62	74,7	100	82,6	0,11
Total	83 = 100%		121=100%		

Une proportion significativement plus élevée parmi le personnel paramédical connaissait « l'entourage des patients AgHBs positif » et les « homosexuels » comme étant des cibles du dépistage de l'hépatite B comparativement au personnel médical.

Tableau VIII: La connaissance des cibles du dépistage de l'hépatite B selon l'expérience professionnelle du personnel enquêté

Expérience professionnelle	< 15 ans		≥15 ans		p
	N	%	N	%	
Cibles du dépistage de l'hépatite B					
Usagers de drogue par IV et nasale	127	85,2	50	90,9	0,35
Entourage du patient AgHBs +	129	86,4	53	96,4	0,03
Comportement sexuel à risque	141	94,6	54	98,2	0,24
Personne vivant avec le VIH	131	87,9	49	89,1	0,51
Personne en zone d'endémie	128	85,9	53	96,4	0,02
Personne en situation de précarité	55	36,9	25	45,5	0,17
Personne avec une hépatomégalie	129	86,6	48	87,3	0,55
Personne à profession exposante	143	96,0	52	94,5	0,45
Personne transfusé	122	81,9	49	89,1	0,15
Travailleurs du sexe	142	95,3	52	94,5	0,53
Homosexualité	131	87,9	51	92,7	0,23
Bilan de grossesse	128	85,9	48	87,3	0,50
Bilan pré vaccinal	116	77,9	46	83,6	0,24
Total	149 = 100 %		55 = 100 %		

Une proportion significativement plus élevée parmi le personnel ayant plus de 15 ans d'expérience professionnelle connaissait « l'entourage des patients AgHBs positif » et les « personnes vivant en zone d'endémie » comme étant des cibles du dépistage de l'hépatite B comparativement à ceux qui avaient moins de 15 ans d'expérience.

4.3. Les pratiques du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B

Tableau IX : répartition du personnel enquêté selon la proposition de dépistage de l'hépatite virale B aux patients

Proposition de dépistage du VBH	Effectif	Pourcentage
Jamais	112	54,9
Parfois	41	20,1
Souvent	25	12,3
Très Souvent	26	12,7
Total	204	100 %

Sur les 204 sujets enquêtés 112 ont déclaré n'avoir jamais proposé le dépistage du VHB aux patients soit 54,9 %

Tableau X : répartition du personnel enquêté selon les raisons de non proposition du dépistage

Raisons de non proposition du dépistage	Effectif	Pourcentage
Aucune raison évoquée	87	77,7
Dépistage non précisé dans les PNP	20	17,8
Inaccessibilité financière	5	4,5
Total	112	100 %

Aucune raison n'a été évoquée pour la non proposition du dépistage par 87 personnels parmi les 112 qui ont répondu ne jamais avoir proposé le dépistage du VHB, soit 77,7 %.

Tableau XI: Les situations jugées propices pour proposer le dépistage de l'hépatite B selon le personnel enquêté

Situations pour proposer le dépistage	Oui		Non	
	N	%	N	%
Usagers de drogue par IV et nasale	177	86,8	27	13,2
Entourage familial du patient AgHBs +	182	89,2	22	10,8
Comportement sexuel à risque	195	95,6	9	4,4
Personne vivant avec le VIH	180	88,2	24	11,8
Personne vivant en zone d'endémie	181	88,7	23	11,3
Personne vivant en situation de précarité	124	60,8	80	39,2
Personne présentant une hépatomégalie	177	86,8	27	13,2
Personne exposée professionnellement	195	95,6	9	4,4
Personne transfusée	171	83,8	33	16,2
Travailleurs du sexe	194	95,1	10	4,9
Homosexualité	182	89,2	22	10,8
Bilan de grossesse	176	86,2	28	13,8
Bilan pré vaccinal	162	79,4	42	20,6
Autres situations*	191	93,6	13	6,4
Total		204		100 %

*Autres = Population générale (4) ; Bilan Pré opératoire (2) ; Ictère (2) ; Voyageurs (2) ; Fatigue Chronique (1) ; Alcoolisme (1); Bilan pré nuptial

Les personnes exposées professionnellement, les comportements sexuels à risque et les travailleurs du sexe étaient les situations les plus jugées propices pour proposer le dépistage du VHB.

Tableau XII : Fréquence des examens complémentaires proposés pour le dépistage de l'hépatite B par le personnel enquêté

Examens complémentaires de dépistage de l'hépatite B	Oui		Non	
	N	%	N	%
Antigène HBs*	90	97,8	2	2,2
Anticorps anti HBc	16	17,4	76	82,6
Antigène HBe	11	12,0	81	88,0
Anticorps anti HBc	7	7,6	85	92,4
Anticorps anti HBs	5	5,4	87	94,6
Total	92		100 %	

* AgHBs non Demandé par 2 personnels: les examens demandé étaient les Ac anti HBe(1 personnel) Ac anti HBs (1personnel)

L'antigène HBs était le plus demandé par 90 prestataires (soit 97,8%) sur les 92 qui proposait le dépistage de l'hépatite B.

4.4 Attitudes du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B

Tableau XIII: Fréquence de la vaccination contre l'hépatite B chez le personnel enquêté

Vaccination contre l'hépatite B	Effectif	Pourcentage (%)
Complètement faite	137	67,2
Non faite	58	28,4
Incomplètement faite	9	4,4
Total	204	100

Plus de la moitié du personnel enquêté soit 67,2 % avaient complètement fait leur vaccination contre l'hépatite B

Tableau XIV: Répartition du personnel enquêté selon la proposition de la vaccination de l'Hépatite B aux patients

Proposition de la vaccination de l'Hépatite B aux patients	Effectif	Pourcentage (%)
Non	101	49,5
Oui	103	50,5
Total	204	100

Seule la moitié du personnel enquêté (50,5 %) affirmait proposer la vaccination contre l'hépatite B aux patients.

Tableau XV: fréquence des circonstances dans lesquelles le vaccin de l'hépatite B était proposé aux patients par le personnel enquêté

Situations où le vaccin était fait par le personnel aux patients	Oui		Non	
	N	%	N	%
Si AgHBs négatif	26	25,2	77	74,8
Bilan prénatal	19	18,4	84	81,6
De façon systématique	18	17,5	85	82,5
S'il existe un facteur de risque	18	17,5	85	82,5
En fonction des signes cliniques	9	8,7	94	91,3
Sur demande du patient	8	7,8	95	92,2
Dans le cadre du PEV	5	4,9	98	95,1
Autres	6	5,8	97	94,2
Total	103		100%	

La circonstance la plus mentionnée où le vaccin de l'hépatite B était proposé aux patients était lorsque l'antigène HBs était négatif.

Tableau XVI : Répartition selon la conduite que tenait le personnel enquêté devant la recherche d'AgHBs positive

Conduite Tenue si AgHBs positif	Effectif	Pourcentage (%)
Référence	75	81,5
Demande d'autres tests	17	18,5
Total	92	100

Devant la découverte d'antigène HBs positive, la référence était la conduite la plus mentionnée par les 75 personnels sur les 92 qui ont déclaré proposé le dépistage du VHB, soit 81,5 %.

Tableau XVII : Répartition selon le service où le personnel enquêté proposant le dépistage référait les patients AgHBs positifs

Service de référence	Effectif	Pourcentage (%)
Hépatogastroentérologie	34	45,3
Gynécologie	17	22,7
Infectiologie	1	1,3
Non spécifié	23	30,7
Total	75	100%

Le service d'hépatogastroentérologie était le plus cité pour la référence soit 45,3 %.

4.5 Facteurs influençant les connaissances, attitudes et pratiques du personnel enquêté en matière de dépistage de l'hépatite B

Tableau XVIII : niveau de connaissance du personnel enquêté sur les cibles du dépistage de l'Hépatite B en fonction de leur nombre d'année d'expérience

Nombre d'année d'expérience	Connaissance		Total
	A améliorer	Bonne	
Inférieur à 15 ans	52 (34,9%)	97 (65,1%)	149 (100,0%)
Supérieur ou égale à 15 ans	10 (18,2%)	45 (81,8%)	55 (100,0%)
Total	62 (30,4%)	142 (69,6%)	204 (100,0%)

Le niveau de connaissance sur les cibles du dépistage de l'hépatite B était significativement meilleur chez le personnel ayant une expérience professionnelle supérieure ou égale à 15 ans (81,8% contre 65,1% : $p=0,022$)

Tableau XIX: niveau de connaissance du personnel enquêté par rapport aux cibles du dépistage de l'Hépatite B en fonction du corps professionnel

corps professionnel	Connaissance		Total
	A améliorer	Bonne	
Médical	30 (36,1%)	53 (63,9%)	83 (100,0%)
Paramédical	32 (26,4%)	89 (73,6%)	121 (100,0%)
Total	62 (30,4%)	142 (69,6%)	204 (100,0%)

Le pourcentage de personnel qui avait une bonne connaissance des cibles du dépistage était plus élevé chez le personnel paramédical avec 73,6 % contre 63,9 % pour le personnel médical. Cependant cette différence n'était pas significative ($p=0,14$).

Tableau VIIX : Connaissance du personnel enquêté sur l'existence d'un Programme National de lutte contre les Hépatites (PNLH) au Mali

Existe-t-il un PNLH au Mali	Effectif	Pourcentage (%)
Non	50	24,5
Oui	45	22,1
Ne sais pas	109	53,4
Total	204	100,0

La moitié du personnel enquêté déclaraient ne pas savoir l'existence d'un programme National de lutte contre les Hépatite PNLH) au Mali

Tableau XXI: Fréquence de la formation continue sur le dépistage de l'hépatite B chez le personnel enquêté

Formation continue	Effectif	Pourcentage (%)
Non	196	96,1
Oui	8	3,9
Total	204	100,0

La majorité soit 96,1 % de l'effectif enquêté n'avaient jamais reçu de formation sur le dépistage de l'hépatite B

Tableau XXII : répartition du personnel enquêté selon leur avis sur le management de l'Hépatite B au Mali

Avis sur le management de l'Hépatite B au Mali	Effectif	Pourcentage (%)
Défavorable	174	85,3
Favorable	11	5,4
Aucun	19	9,3
Total	204	100

La majorité du personnel enquêté avait un avis défavorable sur le management de l'hépatite B au Mali, soit 85,3 %.

Tableau XXIII: fréquence des différents jugements portés par le personnel enquêté sur le management de l'Hépatite B au Mali

Jugements portés sur le management de l'Hépatite B au Mali	Oui		Non	
	N	%	N	%
Globalement insuffisant	43	23,2	142	76,8
Insuffisance d'information	107	57,8	78	42,2
Insuffisance d'organisation	27	14,6	158	85,4
Insuffisance de moyen	10	5,4	175	94,6
Satisfaisant	11	5,9	174	94,1
Total	185		100%	

Plus de la moitié du personnel enquêté soit 107 sur les 185 qui ont donné leur avis a mentionné l'insuffisance d'information comme jugement porté sur le management de l'hépatite B au mali

Tableau XXIV: fréquence des différentes propositions faites par le personnel enquêté pour améliorer le management de l'Hépatite B au Mali

Propositions faites par le personnel pour améliorer le dépistage de l'hépatite B	Oui		Non	
	N	%	N	%
Faire plus d'IEC	75	43,1	99	56,9
Former le personnel	46	26,4	128	73,6
Rendre gratuit le test de dépistage	34	19,5	140	80,5
Intégrer au Bilan prénatal	19	10,9	155	89,1
Faire des campagnes de dépistage	31	17,8	143	82,2
Intégrer aux activités anti VIH	11	6,3	163	93,7
Créer une structure dédiée	15	8,6	159	91,4
Mentionner dans les PNP	24	13,8	150	86,2
Total	174		100%	

Les propositions les plus citées pour renforcer le dépistage de l'hépatite B au Mali étaient de : faire plus d'IEC avec 43,1%; former le personnel avec 26,4 %; rendre le test de dépistage gratuit avec 19,5 %.

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a consisté en une enquête transversale réalisée sur une période allant du 28 février au 28 mars 2014 auprès des sages-femmes et médecins des six centres de référence du district de Bamako. Il avait pour objectif général de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sages-femmes en matière de dépistage de l'hépatite virale B. Il a permis de nous renseigner sur leur niveau de connaissances sur l'hépatite virale B, leurs pratiques sur le dépistage du VHB et leurs opinions sur le management de l'hépatite virale B au Mali.

Les faiblesses de notre étude résident dans son caractère d'interview ou la véracité des informations fournies ne dépendent que de la franchise du sujet enquêté. En outre au cours ce travail nous avons rencontré quelques difficultés qui étaient en outre :

- la non disponibilité du personnel notamment le manque de temps surtout chez les sages-femmes très occupées à remplir leurs tâches auprès de femmes enceintes. D'autres personnels étaient absents pour diverses raisons (garde, congé, formation...). La solution à ces difficultés a été la réalisation de plusieurs passages dans les services jusqu'à épuisement de tout le personnel recensé dans la structure.
- le refus de certains personnels de remplir les fiches d'enquêtes
- la non disponibilité d'une liste nominative des personnels dans les centres de santé qui nous a obligé de faire une estimation de l'effectif à partir des données de 2008, ce qui a entraîné une différence avec l'effectif rencontré sur le terrain.

5.1. Profil professionnels des médecins et sages-femmes exerçant dans les Centres de Santé de Référence de la ville de Bamako.

5.1.1. L'âge du personnel

L'âge moyen du personnel enquêté était de 38,7 ans avec des extrêmes allant de 21 à 61 ans. Ces chiffres concordent avec la réalité au Mali et les spécificités de notre population d'étude: les sages-femmes ont un niveau Bac + 3 ans et l'âge de la retraite pour les cadres A est de 62 ans. La moyenne d'âge retrouvée dans notre étude était légèrement supérieure (sans être statistiquement différente) à celle retrouvée dans l'étude menée par Diallo M [26] à l'IOTA à Bamako qui était de 36,5 ans avec des extrêmes allant de 26 à 56 ans, ou par Olesegun au Nigeria [27] qui a retrouvé un âge moyen de $33,8 \pm 8,9$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 59 ans. Ces âges correspondent à la période d'activité professionnel dans nos pays.

5.1.2. L'ancienneté du personnel

L'ancienneté du personnel enquêté était en moyenne de 11,1 ans et allait de 1 à 36 ans, ce large intervalle nous a permis de mesurer les données chez un éventail varié de personnel en terme d'expérience professionnel et d'inclure plusieurs classes d'années d'expérience avec un effectif consistant, celle de 15 ans et plus nous paraît particulièrement important en ce qui concerne les connaissances. Benié et al en Côte d'Ivoire s'étaient intéressés à l'ancienneté d'exercice, ils ont trouvé que la majorité du personnel (67,3%) avait entre 1 et 10 ans d'ancienneté [28].

5.1.3. L'aspect genre

Le sexe féminin était prédominant dans notre étude (70,6 % de l'effectif enquêté). Tandis que dans les études de Youmbi N [29] et de Diallo M [26]

le sexe masculin était majoritaire, représentant respectivement 69,1 % et 71,6 % de leur effectif. Il faut rappeler que notre étude a inclus deux catégories selectivement féminines, celles des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes (elles sont d'ailleurs majoritaires dans notre série 57,3%), contrebalançant la prédominance masculine que l'on note dans la quasi-totalité des milieux professionnels en Afrique.

5.1.4. Les catégories professionnelles

La spécialité la plus représentée était celle des sages-femmes soit 48,5 % du personnel enquêté. Notre étude a mis à part les médecins a également inclus les sages-femmes tout en excluant d'autres spécialités telles que infirmiers d'état et les aide-soignants, car ce sont les sages-femmes qui assurent les consultations prénatales et il est important qu'elles soient bien informées sur le dépistage de l'hépatite virale B pour pouvoir lutter contre la transmission mère-enfant du VHB, qui est la principale voie de transmission dans les pays de haute endémicité.[4]

5.2. Niveau de connaissance sur l'hépatite virale B

En appliquant une notation scolaire, la majorité (69,4 %) du personnel enquêté avait une note au dessus de la moyenne donc une bonne connaissance par rapport aux situations où il fallait demander le dépistage de l'hépatite B. Cependant cette connaissance n'était pas homogène c'est ainsi qu'une proportion significativement élevée parmi le personnel paramédical connaissait « l'entourage des patients AgHBs positif » et les « homosexuels » comme étant des cibles du dépistage de l'hépatite B comparativement aux médecins; et qu'une proportion significativement élevée parmi le personnel ayant plus de 15 ans d'expérience professionnelle connaissait « l'entourage des patients AgHBs positif » et les « personnes vivants en zone d'endémie » comme étant des cibles du dépistage de l'hépatite B comparativement à ceux qui avaient moins de 15 ans

d'expérience. Ce constat permet de prévoir que même s'il y a une bonne connaissance globale sur le dépistage de l'hépatite B, il y a des zones d'ombres qu'il faudra élucider par une formation continue et que cette formation continue doit être ciblée par rapport aux catégories professionnelles. Nous n'avons pas retrouvé ce type d'analyse dans la littérature car les études portant sur les connaissances du personnel de santé par rapport à l'hépatite B se sont intéressées à leur connaissance des modes de transmission, des mesures de prévention tout en occultant le dépistage qui est pourtant un point clé de la prévention.

Il ressort de notre étude que le personnel paramédical était le plus nombreux à avoir une meilleure connaissance des cibles du dépistage de l'hépatite virale B soit 73,6 % comparativement au personnel médical avec 63,9 % sans être statistiquement significatif. Sans pour autant porter sur le dépistage, une étude réalisée à Treichville [28] a montré une meilleure connaissance chez les médecins (avec 87%). Cette connaissance portait sur les risques encourus par personnel soignant. La différence significative de ces résultats pourrait s'expliquer par le fait que dans le contexte africain, le personnel paramédical est en général de niveau d'éducation plus faible donc moins réceptifs à la culture médicale, avec une faible perception du risque d'exposition. Tandis que dans notre étude la comparaison a été faite entre médecins et sages-femmes, ces dernières actuellement commencent leur formation de base à partir du Bac et aussi ont des formations dans le domaine de la santé maternelle et infantile, dans le domaine du VIH etc, qui pourraient les outiller pour comprendre les cibles du dépistage de l'hépatite B.

5.3. Pratiques des médecins et sages-femmes en matière de dépistage de l'hépatite virale B.

Plus de la moitié du personnel enquêté (112 personnes soit 54,9 %) n'avait jamais proposé de dépistage de l'hépatite virale B. Les raisons évoquées pour cette non proposition de dépistage étaient : aucune raison (77,7 %); dépistage non précisé dans les documents de Politique Normes et Procédures (17,8 %); inaccessibilité financière (4,5 %).

Parmi les 92 agents qui ont affirmé proposer le dépistage, la grande majorité 97,8% utilisait la recherche d'AgHBs comme examen complémentaire pour le dépistage et 17,4% y ajoutait d'emblée la recherche d'anticorps HBc. Ceci démontre une mauvaise pratique du dépistage car la HAS recommande de doser à la fois les marqueurs: AgHBs AC HBc totaux (IgM et IgG) pour déterminer le statut immunitaire exact de la personne à risque du VHB. Cette pratique se justifierait par le coût élevé des marqueurs de l'hépatite B.

5.4. Attitudes du personnel enquêté sur le dépistage de l'hépatite B

Parmi le personnel enquêté, 81,5 % affirmaient référer les patients qui avaient l'AgHBs positif. Les services où ils les référaient étaient ceux : d'hépatogastroentérologie (45, 3%); de gynécologie (27,7%) et de maladies infectieuses (1,3%). Les centres de santé de référence sont des structures périphériques ne disposant pas de spécialistes pouvant prendre en charge les cas d'hépatite virale, la référence est donc de mise. On remarque qu'une bonne proportion se faisait vers les gynécologues car ils sont les collaborateurs directs des sages-femmes qui sont nombreuses dans notre population d'étude. Cependant une bonne information s'impose pour

améliorer les connaissances sur les structures de référence de l'hépatite B et une bonne organisation du circuit s'impose.

En ce qui concerne la proposition de vaccination, la moitié du personnel soit 50,5 % proposait la vaccination contre le VHB à leurs patients. Ceci reste insuffisant car le principal moyen de prévention de l'hépatite virale B et donc de sa complication majeure qu'est le cancer du foie passe avant tout par la vaccination [7].

Parmi le personnel enquêté 67,2 % avaient complètement fait leurs vaccinations, 28,4% étaient incomplètes et 4,4 % n'étaient pas vaccinés, ce qui reste insuffisant pour le personnel soignant en milieu hospitalier, car ils sont à risque de contact avec le VHB. Dans l'étude de Diallo M [26] 37,8 % étaient complètement vaccinés et 46 % n'étaient pas du tout vaccinés, dans celle de Youmbi N 34,3 % avaient complètement fait leur vaccination. A Treichville [29] 49,9 % avaient leurs vaccinations à jour et 34,9 % n'étaient pas du tout vaccinés. La couverture vaccinale déclarée par le personnel contre l'hépatite B dans notre étude se rapproche de celle d'Olesegun A au Nigeria [27] où 65 % du personnel affirmaient avoir complètement fait leurs vaccinations contre l'hépatite . Elle est par contre inférieure à celle de Denis et al en 2003 en France [30] où la couverture vaccinale contre l'hépatite chez le personnel soignant était de 90 %. Ceci s'expliquerait par le fait que dans ce pays, la vaccination du personnel de santé contre l'hépatite B est obligatoire et complètement prise en charge par l'employeur [31]. Des efforts sporadiques et inachevés ont été faits dans certaines structures selon notre interview, ce constat souligne la nécessité de rendre systématique cette vaccination pour le personnel soignant dans notre pays, de la rendre gratuite ainsi que d'en assurer la documentation et le suivi.

5.5 Facteurs influençant les connaissances, attitudes et pratiques

concernant la connaissance de l'existence d'un programme national de lutte contre les hépatites (PNLH), 53,4 % de l'effectif ont déclaré ne pas savoir l'existence d'un PNLH au Mali et 24,5 ont déclaré qu'il existe. Ces résultats se rapprochent de l'étude de Youmbi N [29] où 34,6 % déclaraient savoir l'existence d'un PNLH. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ce programme n'existe pas en réalité.

Pour améliorer les connaissances du personnel, une formation continue s'impose, mais 96,1 % du personnel enquêté avaient déclaré n'avoir reçu aucune formation continue sur l'hépatite virale B, alors que l'une des stratégies du PRODESS II pour améliorer la qualité des services de santé est la lutte contre la maladie, l'IEC et le renforcement du dépistage[32]

6 CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons dire que environ 70 % du personnel soignant dans les centres de santé de références de la ville de Bamako ont une bonne connaissance sur le dépistage de l'hépatite virale B, mais en pratique plus de la moitié du personnel ne propose pas ce dépistage à leurs patients et ce même en face des patients ayant des facteurs de risque d'exposition au VHB. Très peu de personnel soignant ont reçu une formation continue en matière de dépistage de l'hépatite B, ce qui expliquerait la faible utilisation de l'outil de dépistage par le personnel de santé. La couverture vaccinale de ce personnel pour l'hépatite B reste insuffisante alors qu'ils sont exposés quotidiennement au risque d'AES. Des actions urgentes s'imposent donc pour renforcer la lutte contre l'hépatite B.

7 RECOMMANDATIONS

Au vue de nos résultats nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Au ministère de la santé

- Mettre en place un programme national de lutte contre l'hépatite B et les hépatites virales en général, avec un accent particulier pour la prise en charge adéquate de la PTME de l'hépatite B.
- Organiser des campagnes de dépistage aussi bien auprès du personnel soignant qu'auprès de la population.
- Rendre accessible le coût du dépistage du VHB pour la population
- Former de façon continue le personnel soignant sur le dépistage de l'hépatite virale B

❖ Aux personnels soignants :

- Mettre à jour leur vaccination contre l'hépatite virale B
- Proposer systématiquement un dépistage à tout patient à risque de contact avec le VHB

❖ Aux sages femmes :

- Faire le dépistage du VHB chez toutes femmes enceintes au 6^{ème} mois de grossesse d'autant plus que si le VHB est contracté tôt dans l'enfance plus grand est le risque d'évolution vers la chronicité.
- Référer les cas positifs pour une prise en charge adéquate dans le cadre de la PTME de l'hépatite B.

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Block TM, Guo H, Guo JT. Molecular virology of hepatitis B virus for clinicians. *Clin Liver Dis.* 2007; 11: 685-706.
2. Wright TL, Lau JY. Clinical aspects of hepatitis B virus infection. *Lancet.* 1993; 342: 1340-4.
3. OMS. Soixante-troisième Assemblée Mondiale de la Santé, Point 11.12 de l'ordre du jour provisoire, Rapport du Secrétariat, Hépatite virale. A63/15, 25 mars 2010.
4. ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales). Hépatites virales B et C/Pays en développement : Présentation générale [en ligne] [consulté le 21 Mai 2013] disponible : <http://www.anrs.fr/Hepatites-virales-B-et-C/Pays-en-developpement/Presentation-generale>.
5. Coulibaly A. Contribution a la qualité du diagnostique du VHB au laboratoire du CHU Gabriel Touré. Bamako: thèse Pharm; 2011.
6. Sacko M. Etude séro-épidémiologique de la transmission mère-enfant de l'hépatite B dans le district de Bamako. Bamako : Thèse Méd ; 1998.
7. Gautier A, Jestin C. Pratiques du dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes. France; 2009. BEHWeb 2011(1). [en ligne] [consulté le 11 décembre 2012] disponible : www.invs.sante.fr/behweb/2011/012.htm.
8. Eugene C. Les hépatites virales. Paris: Masson ; 2000. 226p .
9. Organisation mondiale de la santé. Guide du counseling et du dépistage du VIH a l'initiative du soignant dans les établissements de santé. OMS; 2007
10. Pol S. Epidémiologie de l'infection par le virus de l'hépatite B. La revue du praticien. 2005 ;55:600-6.

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

11. Epidémiologie de l'infection par le VHB. Développement et santé .2012 ;200p 7-16
12. Epidémiologie des Hépatite virales B en Afrique.[en ligne] .[consulté le 19 février 2015]. Disponible : [http:// www.hépatite afrique .org](http://www.hépatite afrique .org)
13. Sidibé S. Les marqueurs sérologiques de l'hépatite B au Mali .Bamako: Thèse Méd; 1980.
14. Abdoul K. Etude du portage de l'antigène HBs chez les patients dépistés à l'institut nationale de recherche en santé publique au mali (bilan de 10ans d'étude). Bamako :thèse Med ;2009 .
15. Virus de l'hépatite B(VHB). Agent de l'hépatite B [En ligne].[consulté le 22 février 2015]. Disponible : <http://www.wikipédia.org>.
16. Sidibé S, Sacko Y, Traore Y.

Prevalence des marqueurs serologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako,Mali.

Bull Soc Pathol Exot .2001 ;94(4):339-341
17. Catrice. M Prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zone de forte épidémie : Afrique Subsaharienne et Asie. Paris VII: Thèse Médecine; 2009.
18. Institut National de Prévention et d'Education Pour la Sante – INPES. Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées, Mai 2005 [en ligne] [consulté le 13 février 2014] disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>.
19. Haute autorité de santé. Rapport de recommandation 2014 sur la prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Paris: 2014. 527p.
20. Bourel M . Hépatologie. Paris: Ellipses; 1991. 383 p.

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

21. Ballian A. Hepatogastro-enterologie medicale. Vernazobres-Grego : Paris; 2004. 450 p.
22. Buffet C, Pelletier G. Abrégé d'hépatologie. Paris: Masson; 1994.p 59-85.
23. MINSANP/PNLS. Politique national de dépistage du VIH à Madagascar. Edition 2011.
24. Outils de dépistage du virus de l'hépatite B[En ligne].[consulté le 17 février 2015]. Disponible : [http ://www . publi-inserm.fr](http://www.publi-inserm.fr)
25. les technique virologiques de diagnostique et suivit de l'hépatite B[En ligne].[consulté le 19 février 2015]. Disponible : [http :// www.em Consult .com](http://www.emconsult.com)
26. Diallo M. Enquete connaissance attitudes et pratiques du personnel soignant de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de (IOTA) vis-à-vis de l'hépatite virale B. Bamako : Thèse med ;2009. 67.
27. Olesegun A, Ndububa AD, Olowookere AS, Ijarotimi O, Ijadunola KT. Knowledge on hepatitis B virus infection , Immunisation with hépatitis B vaccin, Risk Perception And Challenges to control hepatitis infection among Hospital workers in Nigerian tertiary hospitals. Hindawi. 2015 ; 439867 p 6
28. Benié J, Tiembre I, Ekra D, Attoh Toure H , Kpebo S, Dagnan S et al. Connaissances attitudes et pratiques du personnel de santé sur l'hépatite virale B dans la commune de Treichville. *Cah Santé Pub.* 2008 ;7(1) : 7-20.
29. Youmbi N Connaissances Attitudes et Pratiques du personnel soignant du CHU du point G sur les Hépatites virales B et C. Bamako: Thèse médecine; 2014 .

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

30 . Denis F, Debrock C. Stratégie de vaccination dans la prévention de l'hépatite B. *Med Mal Infect.* 2003;33:61-6.

31. Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N et al. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. *BEH* 2012;29:333-8.

32. Ministère de la Santé. PRODESS II prolongé 2009 à 2011 composante santé. 101 p.

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

Annexe 1 : FICHE D'ENQUETE

Date : __/02/2014

1 PROFESSIONNEL DE SANTE

1.1 Quel est le nom de votre établissement d'exercice ? _____

1.2 Avez-vous déjà rempli cette fiche d'enquête ? Oui Non

1.3 Quelle est votre spécialité ? Sage femme Généraliste Interniste Gastro entérologie

Maladies Infectieuses Pédiatrie Gynéco obstétrique Chirurgie

Autres, préciser : _____

1.4 Sexe Féminin Masculin

1.5 Age /__ /__ / ans

1.6 Nombre d'année d'exercice /__ /__ / ans

1.7 Combien de patients consultez-vous en moyenne par jour ? /__ /__ /

1.8 Existe-t-il un Programme de lutte contre les Hépatites au Mali? Oui Non

1.9 Avez-vous déjà participé à des formations sur le dépistage des hépatites ?

Oui Non (si « Non » passez à la question 1.12)

1.10 Si oui quel était la structure organisatrice ? _____

1.11 Si oui, en quelle année s'est déroulée votre dernière formation? /__ /__ /__ /

1.12 Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ? Oui Non

2 PATIENTS

2.1 Proposez-vous un dépistage de l'Hépatite B (VHB) à vos patients ?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

2.2 Si « jamais », pourquoi ? _____

(Passez à la question 2.7 mais si vous répondez « jamais » passez à la question 2.1)

Si vous avez répondu souvent ou très souvent à la question 2.1,

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

2.3 Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) sérologique(s) que vous demandez systématiquement pour le dépistage de l'Hépatite virale B aigüe ?

2.4 Que faites-vous lorsque l'Ag HBs revient positif ?

2.5 Quel(s) est (sont) le(s) examen (s) que vous demandez pour le dépistage de l'Hépatite virale B chronique ?

2.6 Quels sont les facteurs de risque devant motiver le dépistage de l'hépatite B ? (Cocher les bonnes réponses)

- Usagers de drogues par voies IV ou nasale
- Entourage familial d'un patient HBs positif
- Personne ayant des comportements sexuels à risque
- Personne vivant avec le VIH
- Personne originaire d'un pays à forte endémicité (Afrique, Asie du Sud-Est)
- Personne en situation de précarité
- Patient qui présente une hépatomégalie
- Personnes exposées dans le cadre d'une activité professionnelle
- Patient ayant bénéficié d'une transfusion sanguine
- Travailleurs du sexe
- Homosexualité
- Bilan de grossesse
- Bilan pré vaccinal
- Autres (préciser) : _____

2.7 Proposez-vous la vaccination contre le VHB à vos patients ? Oui Non

2.8 Si la réponse est " Oui", dans quelle(s) situation(s) proposez-vous ?

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

3 RECOMMANDATIONS

3.1 Que pensez-vous du management du dépistage des hépatites virales B ?

3.2 Que proposiez-vous pour une meilleure pratique du dépistage des hépatites virales B dans vos structures sanitaires ?

Merci monsieur/Madame d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

FICHE SIGNALITIQUE

Noms : Ngono Alima

Prénoms: Marie Christine

Adresse email: gioxty@yahoo.fr

Titre de la thèse: Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et sages-femmes des centres de référence du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B.

Année universitaire: 2014-2015

Pays d'origine: Cameroun

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique, Médecine du travail, Infectiologie

Résumé :

L'hépatite B est un problème majeur de santé publique. Au Mali la prévalence varie entre 12 et 23 %. Le dépistage constitue un élément clé dans sa prévention.

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et évaluative allant du 28 Février au 28 Mars 2014. Dans le but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de médecins et sages-femmes des six centres de référence du district de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite virale B.

Cette étude montre que les connaissances théoriques en termes de population cible du dépistage de l'hépatite B est bonne chez 69,6% du personnel dans les CSRéf des communes de Bamako, mais que dans la pratique, ce dépistage n'est jamais demandé par 54,9 % du personnel. Les informations sur ce dépistage manquent dans le document de politiques normes et procédure connus du personnel. La quasi-totalité (96,1%) des agents enquêtés n'a bénéficié d'aucune formation continue en matière de dépistage de l'hépatite B. Le niveau de connaissance sur les cibles du dépistage de l'hépatite B était significativement meilleur chez le personnel ayant une expérience professionnelle supérieure ou égale à 15 ans. La

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B

couverture vaccinale du personnel soignant contre le VHB reste insuffisante (67,2%). Les agents perçoivent les insuffisances en matière de dépistage de l'hépatite B et font des recommandations pour les corriger.

Mots-clés : Hépatite B, dépistages, médecins, sages-femmes, Bamako, Mali.

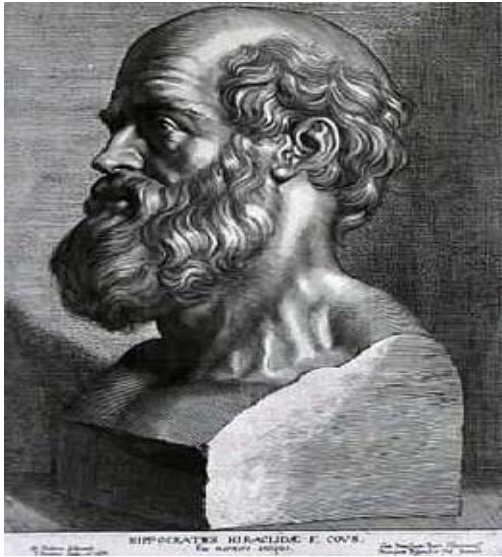
SUMMARY

The viral hepatitis B is a major public health problem. In Mali the prevalence of HBs Ag varies between 12 to 23 %. Screening is a key point for hepatitis B prevention and control.

We have achieved a prospective, descriptive and evaluative study starting from February 28 to March 28 2014. It aimed to evaluate the knowledges, attitudes and practices of medical doctors and mid wives of the six Referral health centers of Bamako in terms of viral hepatitis B screening. This survey shows that, the theoretical knowledge in terms of population targets for hepatitis B screening is well known by 69,6 % of the staff of the CSRef of the boroughs of Bamako but in practice this screening is never asked by 54.9 % of the staff. There is lack of informations on hepatitis B screening in the National Health Politics, Norms and Procedures known by the staff. Almost all the respondents (96.1 %) have never receive any continuous training on hepatitis B screening. The knowledge level on hepatitis B screening targets population was greater among staff members with at least 15 years of professional experience . The immunization rate of health workers remains insufficient (67,2 %). Health workers perceives these insufficiency on hepatitis B screening and have made some suggestion to correct them.

Key words: Hepatitis B, screening, doctors, mid wives, Bamako, Mali

Connaissances attitudes et pratiques des médecins et sages femmes des CSREF de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B



SERMENT

D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!